



SAVONIA

■ OPINNÄYTETYÖ - AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINTO
SOSIAALI-, TERVEYS- JA LIIKUNTA-ALA

TOIMINTAMALLI AIVOHALVAUSPOTILAAN LÄHEISEN KOHTAAMISEEN JA TUKEMISEEN

Kehittämistyöllä kohti parempaa yhteistyötä

TEKIJÄT: Jaana Honkanen
Seija Maukonen

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Honkanen Jaana, Maukonen Seija	
Työn nimi Toimintamalli aivohalvauspotilaan läheisen kohtaamiseen ja tukemiseen, kehittämistyöllä kohti parempaa yhteistyötä	
Päiväys 25.2.2013	Sivumäärä/Liitteet 44/4
Ohjaaja(t) Yliopettaja Pirkko Jokinen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion Harjulan sairaalan neurologinen osasto 4	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli tehdä toimintamalli aivohalvaukseen sairastuneen potilaan läheisen kohtaamiseen ja tukemiseen Harjulan sairaalan neurologisella osastolla. Toimintamallin avulla hoitohenkilökunta voi kehittää omaa toimintaansa läheisten kohtaamisessa. Tavoitteena on parantaa yhteistyötä läheisten kanssa ja lisätä läheisen mukaantuloa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan hoitotyöhön, hoidon suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen.</p> <p>Kehittämistyön kohdistuessa oman työyksikön kehittämiseen oli tärkeää selvittää yhteistyössä esiintyvät ongelmat läheisiltä ja henkilökunnalta. Menetelminä käytettiin aiheeseen liittyvää tutkimustietoa, läheisten haastatteluja, oman työyksikön ja organisaation havainnointia sekä oman toiminnan havainnointia ja reflektointia. Opinnäytetyön raportissa käsiteltiin aivoverenkiertohäiriöitä ja aivohalvausta sairautena, läheisen tukemista ja yhteistyötä sekä vuorovaikutusta hoitohenkilökunnan ja läheisten välillä. Kehittämistyön vaiheet kuvattiin ideoinnista ja esisuunnittelusta arviointiin tutkivan kehittämisen prosessimallia mukaillen.</p> <p>Kehittämishanke tehtiin yhteistyössä Harjulan sairaalan neurologisen kuntoutusosaston kanssa. Osastolla oli tiedostettu tarve kehittää yhteistyötä läheisten kanssa ja käytetyt työmenetelmät tarvitsivat päivitystä toimivampien käytäntöjen löytämiseksi. Opinnäytetyön tuloksena syntyi toimintamalli aivohalvauspotilaan läheisen kohtaamiseen ja tukemiseen. Mallissa annetaan käytännön ehdotuksia läheisen huomioimiseen ja tukemiseen hoitoprosessin eri vaiheissa: potilaan tullessa sairaalaan, sairaalahoidon jatkues- sa ja osastolta kotiutumisen tai jatkohoidon koittaessa. Toimintamallia voidaan hyödyntää ja soveltaa aivohalvaukseen sairastuneiden potilaiden läheisten tarpeiden huomioimisen lisäksi myös muita sairaus- ryhmiä kohdatessa ja erilaisissa sairaanhoidon- ja terveydenhuollon yksiköissä.</p>	
Avainsanat Aivohalvaus, läheiset, yhteistyö, tukeminen, toimintamalli	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Honkanen Jaana, Maukonen Seija			
Title of Thesis Operational model for counselling caregivers of stroke patients			
Date	25.2.2013	Pages/Appendices	44/4
Supervisor(s) Principal Lecturer Pirkko Jokinen			
Client Organisation /Partners Neurological rehabilitation ward of Kuopio city Hospital			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the thesis was to create an operational model for counselling caregivers of stroke patients. With this operational model healthcare professionals will be able to develop their skills to support caregivers of patients with stroke. The aim of this thesis is to make the collaboration better between the healthcare professionals and caregivers and to increase the opportunities of the caregivers to participate in patients caring tasks. The aim is also to take caregivers as partners in planning and goal assessment during the rehabilitation.</p> <p>Because the development project was made for our home ward it was clear that we had to clarify collaboration problems with caregivers and hospital personnel. The information about different fields of the thesis was collected from literature, interviews of stroke patients' caregivers and also observation of our home ward and organization. Reflection and observation of our own behavior was also a part of the thesis. The rapport of the thesis is dealing with stroke as a disease, support of caregivers and also collaboration between hospital personnel and caregivers. The phases of development were demonstrated from ideas and planning to evaluation.</p> <p>The development project was accomplished in the unit of Neurological rehabilitation ward in the Kuopio city Hospital. The need for developing collaboration with caregivers had been recognized at the ward, but working methods need updating to achieve good practice. As a result of this project practical suggestions are given to support caregivers of stroke patients. This operational model is providing support to caregivers along the care-giving pathway. The operational model includes practical suggestions to support families at the start of the rehabilitation, during the hospital stay and when the rehabilitation ends to support transition from hospital to the community.</p>			
<p>Keywords</p> <p>Stroke, caregivers, counselling, support, operational model</p>			

SISÄLTÖ

1	HANKKEEN TAUSTA JA TARVE	5
2	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT JA AIVOHALVAUS SAIRAUTENA.....	7
3	LÄHEISEN SELVIYTYMISEN TUKEMINEN.....	9
3.1	Läheisen tiedollinen tukeminen	10
3.2	Läheisen emotionaalinen tukeminen	12
3.3	Läheisen tukeminen sairauden aiheuttamassa kriisissä ja ahdistuksessa	13
4	HOITOHENKILÖKUNNAN JA LÄHEISEN VÄLINEN VUOROVAIKUTUS JA YHTEISTYÖ	15
4.1	Yhteistyön merkitys hoitoon osallistumisessa, hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa.	16
4.2	Ohjaus yhteistyön välineenä	17
5	KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	19
6	KEHITTÄMISTYÖN ETENEMINEN.....	19
6.1	Kehittämistyön ideointi ja esisuunnittelu	20
6.2	Kehittämistyön suunnittelu.....	21
6.3	Tuotoksen toteutusvaihe	22
6.3.1	Läheisten haastattelu.....	23
6.3.2	Henkilökunnan kehittämispäivästä saadun tiedon tarkastelu.....	26
6.3.3	Kokemukset omaisten ryhmästä	28
6.4	Toimintamalli läheisten kohtaamiseen	28
6.5	Kehittämistyön päättäminen ja kehittämisprosessin arviointi	32
7	POHDINTA.....	33
7.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	33
7.2	Toimintamallin arviointi	34
7.3	Opinnäytetyöprosessin ja ammatillisen kehittymisen arviointi	37
7.4	Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteet	38
	LÄHTEET.....	39

LIITTEET

Liite 1. Kehittämisideoiden miettiminen osastotunnille ja kutsu osastokokoukseen

Liite 2. Saatekirje omaisille

Liite 3. Omaisten haastattelurunko

Liite 4. Osaston kehittämispäivän Learning Cafe- suunnitelma

1 HANKKEEN TAUSTA JA TARVE

Aivoverenkiertohäiriöön (AVH) sairastuu noin 14 000 suomalaista vuosittain. Sairastuneista noin kolmasosa menehtyy ja eloon jäävistä noin puolelle jää pysyvä haitta. (Kaste ym. 2007, 271.) Aivoverenkiertohäiriöön sairastumiseen liittyy akuutissa vaiheessa usein pelkoa tuhosta ja kuolemasta (Vataja 2011,153). Inhimilliset kärsimykset ja yhteiskunnalle aiheutuvat kustannukset ovat mittavia, joten ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen pitäisi panostaa (Kaste ym. 2007, 271; Syväoja 2010, 87).

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen selviytyminen ja elämänlaatu heikkenevät selvästi ja pitkäaikaisesti. Halvauksen vaikeus, heikko fyysinen suoriutuminen, masentuneisuus ja kognitiiviset häiriöt heikentävät elämänlaatua. Sairastuminen heikentää erityisesti itsenäisyyttä ja toiminta- ja työkykyä sekä vähentää vapaa-ajan ja sukupuolielämän tyydyttävyyttä. Lisäksi huolta aiheuttaa kuntoutumisen eteneminen sekä taloudellinen selviytyminen. Sairastumisella on myös vaikutusta perheen sisäisiin roolimutoksiin, jos sairastunut ei enää pysty huolehtimaan aiemmista tehtävistään. (Korpelainen, Leino, Sivenius & Kallanranta 2008.)

Elämän erilaiset muutosvaiheet voivat koetella yksilön ja perheen jaksamista ja edellyttää sopeutumista tilanteeseen. Sairastumisen aiheuttamilla erilaisilla muutoksilla on vaikutusta läheisten mielialaan ja tyytyväisyyteen. Läheisen tehtävät lisääntyvät ja samanaikaisesti sairastunut tarvitsee usein sekä fyysistä apua että henkistä tukea. (Åstedt-Kurki ym. 2006, 21–22.) Muuttuneisiin elämäntilanteisiin liittyy usein pelkoja ja ahdistusta, joista selviytymiseen vaikuttavat sekä henkilökohtaiset että saatavilla olevat voimavarat ja rajoitukset, jotka estävät voimavarojen käyttöä. Selviytyminen vaatii aikaa sekä toisinaan ulkopuolista apua. Parhaan hoitotuloksen saavuttamiseksi olisikin välttämätöntä huomioida koko perhe. Useissa tutkimuksissa (Aura ym. 2010, 17–18; Hopia, Rantanen, Mattila, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2004, 27–28; Purola 2000, 120; Rantanen, Heikkilä, Asikainen, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2010, 145–150) on ilmennyt, että sairastuneiden läheiset kokevat saavansa liian vähän tiedollista ja emotionaalista tukea hoitohenkilökunnalta.

Opinnäytetyömme on kehittämistyö, jonka tarkoituksena on luoda työyhteisöömme, Harjulan sairaalan neurologiselle osastolle toimintamalli aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden läheisten kohtaamiseen. Åstedt-Kurjen (2009) mukaan omaistermin sijasta tulisi käyttää termiä läheinen, koska hänen ja muiden perhetieteilijöiden mielestä termi omainen on kylmä ja järjestelmälähtöinen. Potilaan on saatava itse määri-

tellä, keitä hänen läheisensä ovat. Läheiset voivat siis olla muitakin kuin sukulaisia tai juridisia omaisia. Tässä työssä läheisellä tarkoitamme puolisoa, lasta, sisarusta tai sairastuneelle muuta läheistä henkilöä. Läheinen-sanana synonyymeinä käytämme sanoja omainen ja perheenjäsen.

Yhteistyökumppanimme on Kuopion kaupungin Harjulan sairaalan neurologinen kuntoutusosasto 4. Olemme molemmat työskennelleet osastolla jo useita vuosia, joten meillä on kokemusta AVH-potilaiden hoitotyöstä sekä heidän läheistensä kohtaamisesta. AVH-potilaiden läheisten kanssa tehtävä yhteistyö on todettu tärkeäksi kehittämiskohteeksi työyhteisössämme, mutta käytännön toimenpiteet ovat jääneet toteuttamatta.

Kehittämistoiminnan avulla terveydenhuollossa voidaan löytää keinoja uusien toimintamuotojen tai -tapojen käyttöönottamiseksi. Kehittämistoiminta voi olla luonteeltaan kokemuksellista, jolloin käytännön osaajat muuttavat tutkimus- ja kokemustiedon avulla ympäristöään paremmaksi, sitoutuen itse toimijoiksi. Uuden tiedon tuottamisessa voidaan hyödyntää erilaisia tutkimuksellisia ja osallistavia menetelmiä. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 55.) Tässä työssä olemme käyttäneet menetelminä aiheeseen liittyvää tutkimustietoa, läheisten haastatteluja, oman työyksikön ja organisaation havainnointia sekä oman toimintamme havainnointia ja reflektointia. Näiden lisäksi osastomme henkilökuntaa osallistavana menetelmänä käytimme osaston kehittämissä Learning Cafe -menetelmää.

Työelämä- ja yhteiskuntalähtöisenä näkökulmana tässä kehittämistyössä on tieto terveydenhuollon menojen jatkuvasta kasvusta. Useissa tutkimuksissa (Haapaniemi & Routasalo 2009, 42–43; Kaila 2009, 5-9) on osoitettu, että läheisen tuki auttaa potilaita toipumaan nopeammin sekä auttaa potilaiden toimintakyvyn palautumisessa. Tällä on vaikutusta sairaalassaoloajan lyhenemiseen ja siten kustannusten pienenemiseen (Eriksson, 2000, 226; Purola 2000, 25).

2 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖT JA AIVOHALVAUS SAIRAUTENA

Aivoverenkiertohäiriöllä (AVH) tarkoitetaan paikallista aivokudoksen verettömyyttä eli iskemiasa ja paikallista aivovaltimon verenvuotoa eli hemorragiasa, tai molempia. Iskeemiset häiriöt jaotellaan lyhytaikaisiin TIA-kohtauksiin, jotka eivät aiheuta kudostuhoa, ja aivoinfarkteihin, jotka aiheuttavat pysyvää kudostuhoa. Aivoinfarktit jaotellaan etiologiansa mukaan suurten suonten tautiin, pienten suonten tautiin ja sydänperäisiin emboliioihin. Aivoverenvuodot ovat valtimorepeämiä, jolloin valtimovuoto tapahtuu joko aivoaineeseen (ICH eli aivoverenvuoto) tai lukinkalvonalaiseen tilaan eli subaraknoidaalitilaan (SAV). (Kaste ym. 2007,271–272; Syväoja 2010, 87.) Aivohalvaus (stroke) on puhekielessä käytetty, perinteinen kliininen nimitys, joka tarkoittaa aivoinfarktin, aivoverenvuodon tai lukinkalvonalaisen verenvuodon aiheuttamaa aivotoimintojen häiriötä (Käypä hoito 2011). Aivohalvauksista 80 % johtuu aivoinfarkteista (Vataja 2011, 152). Tässä työssä käytämme rinnakkain termejä aivoverenkiertohäiriö ja aivohalvaus.

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuu vuosittain noin 14 000 suomalaista, joista neljäsosa on työikäisiä. Aivoverenkiertohäiriöihin kuolee Suomessa vuosittain noin 5000 henkilöä. Eloonsijäneistä noin 70 % selviytyy kuntouduttuaan kotonaan, ja viidennes heistä palaa työelämään. Aivoverenkiertohäiriöiden seurauksena menetetään muihin sairauksiin verrattuna eniten laatu-painotteisia elinvuosia, sillä eloonsijäneistä puolelle jää pysyvä haitta. Maassamme on noin 40 000 AVH-kuntoutujaa, joten siihen liittyvät inhimilliset kärsimykset sekä yhteiskunnalle aiheutuvat kustannukset ovat mittavia. Vaikka aivohalvauksen esiintyvyys onkin laskussa, väestön ikääntyessä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden määrä sekä sairaanhoitopäivät voivat kaksinkertaistua vuoteen 2030 mennessä, joten ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen pitäisi panostaa. (Kaste ym. 2007, 271; Syväoja 2010, 87.)

Sairastuneen peruspersoonallisuudella, perinnöllisillä ominaisuuksilla, hoidolla ja ympäristön tuella on vaikutusta kuntoutumiseen. Kuntoutuksella pyritään korjaamaan tai vähentämään sairastumisen aiheuttamaa vajaatoimintaa ja haittaa. Laajan oirekuvan ja vajaatoimintojen vuoksi sairastunut tarvitsee useantyyppistä kuntoutusta. Sosiaalisin ja kuntoutustukitoimin olisi pystyttävä tukemaan ja vastaamaan kuntoutujan, hänen läheisensä ja heidän yhteisiin tarpeisiinsa siten, että yksilöiden itsenäisyyttä ja yhdessä selviämistä voitaisiin parantaa. (Kauhanen 2009; Korpelainen ym. 2008.) Sosiaalisen tuen saaminen auttaa yksilöä selviytymisessä (Kaste ym. 2007,329; Korpelainen ym. 2008). Potilasta ja hänen läheisiään tulee tukea sairastumiseen sopeutumisessa (Kaste ym. 2007,272, 327; Korpelainen ym. 2008; Vataja 2011, 153).

Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuneilla esiintyy usein kognitiivisia eli tiedonkäsittelyyn liittyviä häiriöitä. Kognitiiviset häiriöt voivat näkyä häiriönä muistamisessa, tarkkaavaisuudessa, toiminnanohjauksessa, suunnitelmallisuudessa, kontrollissa, kognitiivisen prosessoinnin hitaudessa ja päättelytoimintojen heikentymisessä. Sairastuneen kognitiiviset häiriöt tuovat suuremman haasteen häntä hoitavalle läheiselle kuin selvemmin huomattavat ja näkyvämmät fyysisen toimintakyvyn puutteet. Käyttäytymisen muutokset, parisuhteen ongelmat, mielialan lasku, sosiaalisen kanssakäymisen heikkeneminen ja vastuun lisääntyminen lisäävät läheisen kuormaa ja saattavat vaikuttaa myös hänen psyykkiseen terveyteensä. Kognitiivisia häiriöitä ovat myös afasia eli kielellinen häiriö, apraksia eli vaikeus tahdonalaisten liikkeiden suorittamisessa, agnosia eli tunnistamisen häiriö ja neglect eli halvaantuneen puolen havaintokentän ja kehonpuolen huomiotta jättäminen. (Kaste ym. 2007,327.) Afasia kuormittaa erityisen paljon hoitavaa läheistä hänen joutuessaan ottamaan uuden roolin ja vastuun kommunikoinnin vaikeuksien takia (Gillespie & Campbell 2011, 41; Murtomäki, 2011, 42). Omalla osastollamme kolmannen sektorin hanketyöhön liittyvää läheisten keskusteluryhmää pitäessämme yksi puolisoista koki sairastumisessa kaikkein vaikeimmaksi sen, että hän joutui nyt päättämään kaikista asioista yksin, koska puolison afasian vuoksi kommunikointi puheen tasolla ei enää onnistunut, vaan läheisen piti tehdä ratkaisut puolisonsa ilmeiden ja oletusten perusteella.

Fyysisen toimintakyvyn alueella aivoverenkiertohäiriö ilmenee tavallisimmin toispuolihalvauksena, joka voi olla osittainen toispuolihalvaus eli hemipareesi tai täydellinen toispuolihalvaus eli hemiplegia. Sairauden akuutissa vaiheessa hemipareesi esiintyy 75 %:lla potilaista. Fysioterapia on tavallisin kuntoutusmuoto, jonka pyrkimyksenä on edistää parantumista, ehkäistä virheellisiä asento- ja liiketottumuksia sekä normalistaa tonus eli vartalon lihasjänteyden tasapainoinen säilyminen. (Kaste ym. 2007,272, 327.)

Psyykkiset häiriöt sekä käyttäytymisen ja persoonallisuuden muutokset ovat yleisiä aivoverenkiertohäiriöihin liittyviä oireita. Psyykkisten oireiden vaikutus ja niiden tunnistaminen on keskeistä kuntoutumisen, toimintakyvyn ja elämänlaadun kannalta. Masennus on tavallisin ja merkittävin psykiatrisista häiriöistä. Aivoinfarktipotilaista lähes puolet kärsii masennuksesta sairastumisensa jälkeen. On myös tavallista, että potilailla on monia samanaikaisia oireita mm. ahdistuneisuutta, apatiaa tai harhaluuloja. Ahdistunut potilas voi olla levoton, tuskainen, kireä ja jännittyneen oloinen, huolestunut tulevista tapahtumista sekä kiukkuinen ja kielteinen kaikkea kohtaan. Ahdistuneisuus voi ilmetä myös somaattisina oireina tai univaikeuksina. Se esiintyy usein yhdessä masennuksen kanssa. Ahdistuneella potilaalla voi olla pelkotiloja yksinjäämisessä, jolloin hän voi tukeutua liiallisesti läheisiinsä, mikä voi olla läheistä voimakkaasti kuormittavaa. Apatiaa esiintyy

joka neljännellä tai viidennellä AVH-potilaalla, ja heistä puolet kärsii samanaikaisesta masennuksesta. Apatia ilmenee motivaation heikkenemisenä sekä mielenkiinnon ja motivaation menettämisenä. (Vataja 2011, 153- 156.)

3 LÄHEISEN SELVIYTYMISEN TUKEMINEN

Tuen käsitettä käytetään monissa merkityksissä. Tavallisesti sillä on laaja merkitys, jolloin sillä käsitetään tiedollinen, emotionaalinen, hengellinen, taloudellinen ja konkreettinen tuki. Hoitohenkilökunnan potilaan läheiselle antamaa tukea nimitetään ammatilliseksi tueksi. Sosiaalista tukea puolestaan saadaan omalta sosiaaliselta verkostolta. Kaikessa tukemisessa on keskeistä, että tuki perustuu läheisen tarpeeseen, sen ajoitus on oikea, tuen luonne on suhteessa potilaan sairaudentilaan ja tuen vaikutukset otetaan huomioon. (Eriksson 2000, 226- 227.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuminen tapahtuu usein dramaattisesti ja ennalta arvaamattomasti aiheuttaen äkillisen muutoksen sairastuneen ja hänen läheisensä elämään. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan hoitotyö on perinteisesti painottunut ihmisen fyysisiin tarpeisiin ja toimintakykyyn, jolloin tukeminen ja ohjaus ovat jääneet vähemmälle huomiolle. (Kaila 2007, 4, 9.) Sairauden alkuvaikeuksissa osa AVH-potilaan läheisistä kokee selviytyvänsä huonosti, koska heillä ei ole voimavaroja muuttaa toimintatapojaan ja roolejaan uutta elämäntilannetta vastaaviksi. Voimavaroja ovat kaikki tekijät, jotka ovat hyödyllisiä pyrittäessä kohti selviytymistä. Hoitohenkilökunnalta läheiset odottavat tukea tilanteen läpikäymiseen. Tukea tarvitaan myös sairastumisprosessin edetessä, koska menetetyt toiminnot palautuvat harvoin ennalleen. Selviytyminen riippuu niin henkilökohtaisista kuin saatavilla olevista voimavaroista sekä tekijöistä, jotka rajoittavat omien voimavarojen käyttöä. (Purola 2000, 19, 119.)

Hoitajilta edellytetään perheen tuen tarpeiden tunnistamista ja niihin vastaamista, jolloin tietoa ja tukea voidaan suunnata niitä tarvitseville (Luoma-Kuikka & Hupli 2004,12). Läheinen itse määrittelee tuen laadullisen muodon, mutta aina hän ei tiedosta tarvitsevan sa tukea, joten hoitavan henkilön olisi osattava arvioida tuen tarvetta sekä omaa toimintaansa suhteessa tuen antamiseen (Potinkara 2004, 114).

3.1 Läheisen tiedollinen tukeminen

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen läheiset tarvitsevat tietoa sairauden aiheuttamista muutoksista, käytännön asioista, yhteiskunnan palveluista sekä siitä, miten hoitaa sairastunutta (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 10-1; Heugten, Visser-Meily, Post & Lindeman 2006, 157–158). Tiedon sisällön lisäksi läheisille on merkityksellistä tapaa, jolla tieto annetaan (Eriksson 2000, 229; Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 10–11). Tiedon välittäminen voidaan nähdä prosessina: ensin määritellään tiedon tarve, sitten annetaan tarpeeseen perustuvaa informaatiota sekä arvioidaan välitettävää tietoa suhteessa sen määrään ja laatuun. Tiedon pitää olla myös rehellistä ja ymmärrettävää. Tärkeää on, että läheiselle annetaan mahdollisuus kysymysten esittämiseen ja niihin vastataan kunnioittavasti. Läheisille kysymysten esittämisen edellytyksenä ovat kiireettömät tapaamiset ja hoitohenkilökunnan halu kuunnella ja vastata. Läheiset eivät aina ymmärrä asioita yhden keskustelun pohjalta, tai he saattavat kuunnella valikoivasti, joten asioita pitää tarvittaessa kerrata. (Eriksson 2000, 230.)

Läheisille voi tulla uusia tiedon tarpeita vielä useiden vuosien ajan aivohalvaukseen sairastumisen jälkeen, kuntoutumisprosessin edetessä. Läheiset arvostavat asiallista kirjallista materiaalia aivohalvauksesta ja sen vaikutuksista, minkä vuoksi sitä pitäisi tarjota ja suositella kaikissa sairauden vaiheissa. Nettisivuja voidaan myös suositella tiedonlähteenä läheisille. (Heugten ym. 2006, 157.)

Yleensä läheiset saavat hyvin tietoa potilasta koskevista arkisista asioista sekä potilaan fyysisestä voinnista ja toimintakyvystä. He kaipaavat enemmän tietoa sairauden aiheuttamista kognitiivisista ja emotionaalisista muutoksista, jotka aiheuttavat perheissä usein hämmennystä ja ristiriitoja. (Aura ym. 2010,17; King & Semik 2006, 42 -43; Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11.) Henkisen yhteyden puolisoonsa menettäneet toivoivat tietoa ja keskustelua parisuhteen muutoksista (King & Semik 2006, 40). Etenkin sairauden alkuvaiheessa läheiset ovat epävarmoja potilaan ennusteesta ja toivovat saavansa keskustella siitä hoitavan lääkärin kanssa, koska pelkän diagnoosin kertominen ei selvitä muutosten pysyvyyttä, vaan potilaan voidaan odottaa toipuvan täysin (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11–12).

Hoitohenkilökunnalta odotetaan tietoa monista käytännön asioista, kuten sairaalan ja osaston toiminnasta, läheisen roolista ja siitä kuinka tukea sairastuneen kuntoutumista (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11). Ristiriitatilanteiden syntymisessä on usein kyse tiedon puutteesta. Tilanteiden välttämiseksi hoitajan on hyvä pohtia yhdessä läheisen kanssa potilaan hoitoon liittyviä asioita ja yksikössä vallitsevia hoitokäytäntöjä, koska usein lä-

heiset valittavat mm. kuntoutuksen vähäisyydestä, toteutetusta lääkehoidosta, hoitajien vähäisyydestä ja perushoitoon liittyvistä asioista. (Kotisaari & Kukkola 2012, 57.)

Työssämme olemme havainneet, miten tärkeää läheisille on saada tietoa jatkohoitoasioista ja mahdollisesta kotiutumisesta mahdollisimman varhain. Erityisesti heillä on tarve saada tietää se, onko kotiin enää mahdollista päästä ja millaiseksi toimintakyky mahdollisesti palautuu eli ennusteesta. Mattilan (2011,104) tutkimustuloksissa saatiin viitteitä siitä, että hoitajien tulisi vahvistaa potilaan ja läheisen toivon kokemuksia.

Läheisten kokemusten mukaan potilaat, joilla ei ole fyysisen toimintakyvyn vajavuutta jäävät sairaalahoidon päätyttyä ilman kotipalvelun ja kotisairaanhoidon apua. Näin hankalista kognitiivisista ja emotionaalisista oireista kärsivät potilaat ja heidän läheisensä kokevat jäävänsä ilman apua, vaikka olisivat tarvinneet tietoa ja tukea. (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11.) Läheiset toivovat hoitajien kannustavan ja ohjaavan heitä mukaan vertaistukiryhmiin ja potilasjärjestöjen toimintaan, jolloin he saavat mahdollisuuden tutustua samassa elämäntilanteessa oleviin ihmisiin. Vertaiselta voi saada käytännönläheistä tietoa siitä, kuinka muut ovat ratkaisseet sairastumisen tuomia ongelmia. (Heugten ym, 2006, 157- 158; King & Semik 2006, 42–43; Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11.)

Vertaistuen tarpeeseen pyrimme vastaamaan opintoihimme liittyvässä kolmannen sektorin hanketyössämme keväällä 2011 pitäessämme osastomme läheisille keskusteluryhmää. Ryhmän tarkoituksena oli antaa läheisille mahdollisuus jakaa omia tuntemuksiaan ja kokemuksiaan vertaistensa kanssa. Tavoitteena oli läheisten voimavarojen lisääntyminen. Ryhmän jäsenet kertoivat palautteessaan kokeneensa ryhmän voimaannuttavana. Hoitajina meidän on tärkeää puhua läheisille siitä, että omasta jaksamisesta tulee myös huolehtia. Työssämme kohtaamme usein läheisiä, jotka ovat väsyttäneet itsensä äärimmilleen, esimerkiksi käymällä sairaalassa päivittäin läheistään katsomassa ja hoitamassa.

Potilaan sairaalasta kotiutuminen on läheisille kriittinen vaihe, koska he eivät etukäteen osaa kysyä neuvoja asioihin jotka kotona osoittautuivat ongelmallisiksi (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11). King ja Semik (2006, 42) arvioivat tutkimuksessaan, että varsinkin tulevaisuuden suuntaus kohti lyhyempiä hoitoaikoja voi johtaa siihen, että läheiset joutuvat tuntemaan itsensä jopa aiempaa valmistautumattomaksi uudessa roolissaan. Onnistuneen kotiutumisen tueksi läheisiä pitää valmistaa tuleviin hoitotehtäviin ja opettaa millaista omatoimisuutta AVH-potilaalta odotetaan kuntoutumisen ylläpitämiseksi (Gillespie & Campbell 2011, 45). Kotiutustilanteissa läheiset toivovat tietoa siitä, mihin voi tarpeen

mukaan ottaa yhteyttä pulmatilanteissa (Aura ym. 2010, 18; Lehtonen 2005, 73; Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11).

Eri paikkakunnalla asuvat läheiset saavat yleisesti heikommin tietoa potilaasta kuin samassa taloudessa asuvat (Rantanen ym. 2010, 146). Ongelmalliseksi on koettu tiedon siirtyminen läheiselle silloin, kun hoitopaikka vaihtuu. Läheiset kaipaavat näissä tilanteissa selkeää suullista ja kirjallista ohjausta mm. jatkohoitoasioista, kuntoutuksesta ja muista arkisista asioista. Näiden asioiden läpikäyminen yhdessä selkiyttäisi ja rauhoittaisi läheisen mieltä. (Aura ym. 2010.)

3.2 Läheisen emotionaalinen tukeminen

Emotionaalisella tuella pyritään auttamaan ihmistä tiedostamaan, purkamaan ja hallitsemaan tunteitaan, joten tuen tavoitteena on ihmisen tasapainoinen tunne-elämä ja hyvä olo (Kuuppelomäki, 2000, 141). Emotionaalinen tuki voi olla olalle taputusta tai pelkkää lähellä olemista, hoitajan empaattista ja positiivista asennetta, kuuntelemista, rohkaisemista tunteiden purkuun sekä turvallisen keskusteluilmapiiirin tarjoamista läheisille. Tärkeintä on tunne välittämisestä. Läheisen uuden elämäntilanteen aiheuttamat tunne-reaktiot voivat olla hänelle itselleenkin vieraita, jolloin vaikeuksista puhuminen voi jäsentää omaa tilannetta niin, että ongelmiin voi löytyä ratkaisu. Emotionaalinen tuki on merkityksellistä läheisen sopeutumisen kannalta. Emotionaalista tukea läheiset saavat sosiaaliselta verkostoltaan, mutta osa tarvitsee sitä myös hoitohenkilökunnalta, koska kaikilla ei ole kriisitilanteissa tukea antavaa sosiaalista verkostoa tai he eivät halua puhua asioistaan ulkopuolisille. Vertaistuen tarjoamisen ja hengellisen tuen katsotaan kuuluvan myös emotionaaliseen tukeen. Läheisen halutessa voi hänelle tarjota hengellistä tukea esimerkiksi rukoilemalla yhdessä tai ohjaamalla hänet sairaalateologin palveluiden piiriin. (Eriksson, 2000, 230–232.)

Emotionaalisen tuen lähtökohtana on, että hoitohenkilökunta ymmärtää vaikeassa elämäntilanteessa olevan läheisen psyykkisen prosessoinnin ja sopeutumisen vaihetta. Emotionaalista tukea ei kuitenkaan voida etukäteen systemaattisesti organisoida, vaan hoitohenkilökunnan tulisi tunnistaa tilanteet, joissa läheiset kaipaavat keskustelua. Hoitohenkilökunta väheksyy helposti taitoaan kohdata kriisissä oleva ihminen, vaikka yleensä ongelmien käsittely ei vaadi psykoterapeuttista koulutusta, vaan tärkeintä on läheisten kuunteleminen ja lähellä oleminen. (Eriksson, 2000, 230, 239.)

Auran ja työtovereiden (2010, 19) tutkimuksen mukaan läheiset odottavat hoitohenkilökunnalta apua tunteidensa ymmärtämiseen sekä tukea omaan jaksamiseensa liittyvissä asioissa. He olisivat toivoneet hoitohenkilökunnan esittävän suoria kysymyksiä hyvin-

voinnista. Myös Purolan (2000, 119) tutkimuksessa ehdotettiin hoitotyön kehittämistä niin, että sairastumisen aiheuttaman vaikeassa tilanteessa läheisten tarpeet huomattaisiin paremmin ja heitä tuettaisiin henkilökohtaisten keskustelujen avulla.

3.3 Läheisen tukeminen sairauden aiheuttamassa kriisissä ja ahdistuksessa

Yksilön vakava sairastuminen vaikuttaa monin tavoin myös läheisten hyvinvointiin sekä jokapäiväisiin toimintoihin. Aivoverenkiertohäiriön kaltainen vakava sairastuminen voi aiheuttaa kriisin sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Sairastunut voi kokea pelkoa kuolemasta sekä joutua luopumaan terveydestään, työstään ja tärkeistä harrastuksistaan. Läheisissä sairastuminen voi aiheuttaa pelkoa ja huolta ja muuttaa ihmissuhteita ja aiempaa työnjakoa. Koettuihin menetyksiin ihmiset reagoivat eri tavoin. Kriisiin liittyvien tunnereaktioiden näkymiseen ulospäin vaikuttaa henkilön persoonallisuus, elämäntilanne sekä koetun menetyksen laajuus ja merkitys. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010.)

Kriisin etenemistä voidaan kuvata vaiheittaisena prosessina. Ensimmäisenä on silmänräpäyksestä noin muutaman vuorokauteen kestävä **shokkivaihe**, jolloin osa ihmisistä kieltää tapahtuman, eikä pysty sitä käsittelemään. Ihminen voi lamaantua ja saattaa sulkea tunteensa pois tapahtuneesta. Toiminta saattaa muuttua mekaaniseksi, mielialat vaihtelevat levottomuuden ja lamaantumisen välillä ja siihen voi liittyä voimakasta tunteiden ilmaisua. Näillä reaktioilla on psyykeä suojaava vaikutus. Jälkeenpäin voi olla vaikea muistaa lääkärin tai hoitohenkilökunnan tässä vaiheessa kertomia asioita. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010; Lönnqvist 2005.)

Reaktiovaiheessa ihminen alkaa hahmottaa tapahtunutta ja sen merkitystä. Tähän kriisin vaiheeseen kuuluu usein mielialan vaihtelua, itkua, surua, syyllisyyttä ja epätoivoa, ahdistuneisuutta, masentuneisuutta, ärtyneisyyttä ja erilaisia pelkoja. Ihmiset saattavat keskittyä syyllisten etsimiseen ja silloin viha ja aggressio voi kohdistua ulkopuoliseen ihmiseen. Syyttäminen on suojausmekanismi, joka suojaa omilta vaikeilta tunteilta. Unettomuus, ruokahaluttomuus, vapina ja pahoinvointi ovat myös yleisiä oireita. Ihmisen täytyy saada käydä asiaa läpi uudelleen ja uudelleen, koska se auttaa ymmärtämään tapahtunutta. Ihminen tarvitsee konkreettisia neuvoja arjessa selviytymiseen, sekä hyvää kuuntelijaa. Sairastunut sekä hänen läheisensä saattavat joskus myös kieltää toimintakyvyn muutokset ja elätellä epärealistisia kuvitelmia toipumisesta. Sairastumisen alkuvaiheessa kieltäminen voi olla sopeutumisen kannalta tarpeellinen puolustusmekanismi, mutta pitkään jatkuessaan se estää surutyöskentelyä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010; Lönnqvist 2005; Jokinen 2004.)

Kriisin työstämis- ja käsittelyvaiheessa ihminen käsittelee asiaa omassa mielessään joko tietoisesti tai tiedostamatta. Käsittelyvaiheessa ihminen ymmärtää tapahtuneen ja sen seuraukset sekä vaikutukset omassa elämässään. Edelleen voi ilmentyä oireita, kuten muisti- ja keskittymisvaikeuksia, ärtyneisyyttä ja sosiaalisista suhteista vetäytymistä. Tässä vaiheessa ihminen on yleensä valmis tekemään surutyötä. Uhkana käsittelyvaiheessa voi olla eristäytyminen ihmissuhteista ja muista velvollisuuksista, ja tämä voi helposti johtaa masennukseen. Kriisin työstämis- ja käsittelyvaihe kestää yleensä kauan, jopa vuoden tapahtumasta. Edellytyksenä tämän vaiheen käynnistymiselle on se, että sairaus ja siihen liittyvät rajoitukset kyetään kohtaamaan mahdollisimman realistisesti. Tässä vaiheessa potilas ja hänen läheisensä alkavat löytää voimavaroja tilanteeseen sopeutuakseen ja kykenevät ehkä suunnittelemaan tulevaisuuttaan sairauden aiheuttamat rajoitukset huomioon ottaen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010; Lönnqvist 2005, Jokinen 2004.)

Sairastuneet ja heidän läheisensä käyvät kukin läpi omaa kriisiään yksilöllisellä tavallaan ja selviytyvät siitä eri tavoin. Tunnereaktioiden alkamisessa ja kestossa voi olla eroja sekä niiden sisältö ja voimakkuus voivat vaihdella. Jotkut kriisin vaiheet saatetaan ohittaa hyvinkin nopeasti ja joihinkin voidaan juuttua pitkäksi aikaa. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen sopeutumista voivat vaikeuttaa henkisen toimintakyvyn muutokset, kuten vaikeus oivaltaa omaa tilaansa. Sopeutumista ja elämänhallintaa vaikeuttaa myös se, että aivoverenkiertohäiriöstä toipumisesta ja oireiden lievittymisestä ei voida antaa tarkkoja ennusteita. Joskus ratkaisuna voi olla luovuttaminen ja alistuminen sairauteen. Kuitenkin suuri osa potilaista ja heidän perheenjäsenistään pystyy selviytymään omin avuin sairastumisen aiheuttamasta kriisistä. Sopeutumista edistävät osaltaan perheenjäsenten keskinäinen tuki ja muut läheiset ihmissuhteet. Tilanne saatetaan ratkaista pyrkimällä jatkuvasti löytämään uusia ratkaisuja sairastumisen aiheuttamiin ongelmiin. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010.)

Sairastuneen läheisiä kohdatessa tulee huomioida se, että heillä voi olla monialaista ahdistusta, pelkoa sekä kyvyttömyyttä hallita arkea. Läheisen ahdistus ei kuitenkaan edellytä sairastuneen tilan olevan erityisen traumaattinen tai vakava. Käytännön hoitotyön kannalta ongelmallista on, että läheiset eivät aina tunnista tai puhu omista ahdistuksen tunteistaan tai tarpeistaan, vaan päällimmäiseksi nousee huoli sairastuneen selviytymisestä ja tarpeista. Tällaisissa tilanteissa huolestuttavaa ja perhekeskeisen hoitotyön toteutumista estävää on se, että ilmeisesti osa hoitajista välttelee läheisten kohtaamista piiloutumalla kiireen taakse, kun heiltä todellisuudessa puuttuu riittävä taitotieto tukea tarvitsevien läheisten kohtaamiseen. (Halme, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2007, 22.)

Tunnistamalla ja arvioimalla läheisten kokemaa ahdistusta sekä puuttumalla siihen ajoissa voitaisiin ehkä ehkäistä heidän pitkäaikaista uupumistaan. Hoitajat voivat auttaa tässä läheisiä huomioimalla heidän ahdistustaan ja epävarmuutta tulevasta kertomalla sen olevan yleistä ja yleensä vähenevän aikaa myöten. (King & Semik 2006, 42–43.) Anu Bergin (2009) tutkimuksessa ”Aivoinfarktipotilaiden ja heidän läheistensä masennus ja sen arviointi” todettiin läheisillä olevan jopa enemmän masennusoireita kuin itse sairastuneilla. AVH-potilaiden puolisoista jopa 38 % koki uupumista kuuden kuukauden kuluttua sairastumisesta, ja puolentoista vuoden kuluttua sairastumisesta heistä 29 % oli edelleen uupuneita. Berg esittääkin tutkimuksessaan, että aivohalvauspotilaan kuntoutussuunnitelmaan tulisi kuulua myös hänen läheisensä lääketieteellisen, sosiaalisen ja emotionaalisen hyvinvoinnin arviointia. (Berg 2009, 69–72, 76.) Myös Purola (2000, 121) esittää tutkimuksessaan, että kuntoutumisen seuranta tulisi laajentaa koskemaan myös omaisen jaksamista.

4 HOITOHENKILÖKUNNAN JA LÄHEISEN VÄLINEN VUOROVAIKUTUS JA YHTEISTYÖ

AVH-potilaan hyvän kuntoutumisen mahdollistamiseksi on hänen läheisensä ja hoitohenkilökunnan yhteistyösuhdetta kehitettävä. Läheiset tulisi saada vierailijan roolista hoitohenkilökunnan yhteistyökumppaniksi. Hoitajilta tämä edellyttää aloitteellisuutta, vuorovaikutustaitoja sekä rohkeutta ottaa läheiset mukaan hoidon suunnitteluun ja toteutukseen. (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 12.) Hoitotyössä haasteena perhekeskeiselle työotteelle on se, että hoitajan kohdatessa läheisiä tapahtuu myös ohittavaa ja varauksellista kohtaamista, jolloin vuorovaikutuksella ei saavuteta haluttuja vaikutuksia (Halme ym. 2007, 20–21).

Potilasta ja läheistä tulisi rohkaista kysymään epäselvistä asioista. Läheiselle tulee luoda mahdollisuus osallistua potilasta koskeviin neuvotteluihin, mutta aina sitä mahdollisuutta ei ole. (Aura ym. 2010, 19; Virtanen, Helminen, Paavilainen & Åstedt-Kurki 2010, 310.) Vuorovaikutustilanteissa aloitteen tekeminen jää läheisten mielestä usein heille itselleen. Vuorovaikutusta vaikeuttavina tekijöinä koetaan henkilökunnan kiire, vuorotyö ja vaikea tavoitettavuus. Myös läheisten arkuus lähestyä henkilökuntaa vaikeuttaa josain määrin vuorovaikutusta. Hoitajien tulisi ottaa aloitteentekijän rooli vuorovaikutustilanteissa läheisten kanssa. Myös mahdollisuutta osallistua kahdenkeskiseen keskustelu-

luun hoitohenkilökunnan kanssa toivotaan enemmän. (Aura ym. 2010; Hopia ym. 2004, 28; Lehtonen 2005, 73; Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 12; Rantanen ym. 2010, 149.) Kokemuksemme mukaan rauhallisen keskustelun käytännön esteenä useimmissa sairaaloissa on myös puute sopivista tiloista. Tästä herää kysymys siitä, ymmärretäänkö ja arvostetaanko perhehoitotyön merkitystä somaattisten sairauksien hoidossa organisaatioiden tasolla niin, että keskusteluun sopivia tiloja rakennettaisiin suunnitellusti.

Luoma-Kuikan ja Huplin (2004) tutkimuksessa todettiin, että läheisille oli sisällön lisäksi merkityksellistä myös tapa, jolla tieto annetaan. Vuorovaikutustilanteet koettiin usein pinnallisina, kiireisinä ja suunnittelemattomina ja keskustelut käytiin kiireessä osaston käytävillä, jolloin läheisille tuli tunne siitä, ettei hoitajilla ollut aikaa keskittyä heidän asioihinsa. Omalla osastollamme läheisiin otetaan puhelimitse yhteyttä yleisimmin jatkohoidon sopimiseksi sekä potilaan voinnin huonontuessa. Kahdenkeskisiä rauhallisia, ennalta suunniteltuja keskusteluita läheisten kanssa ei järjestetä, vaan keskustelut käydään läheisten pyytäessä joko potilashuoneessa tai käytävällä.

Läheisten kohtaaminen on tutkimusten mukaan (Aura ym. 2010; Hopia ym. 2004; Lehtonen 2005; Mattila 2011; Potinkara, 2004; Purola, 2000) parempaa sellaisessa hoitopaikassa, jossa on nimetty omahoitaja. Yksilövastuun hoitotyön hyvänä puolena nähdään olevan sen, että hoitajat tuntevat tällöin paremmin potilaat sekä heidän läheisensä (Aura ym. 2010). Rantasen ym. (2010, 146) tutkimuksessa omahoitajalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä läheisten kokemaan kohtaamiseen.

4.1 Yhteistyön merkitys hoitoon osallistumisessa, hoidon suunnittelussa ja toteuttamisessa

Läheisellä on tärkeä rooli potilaan sairastuessa, koska heillä on tietoa sairastuneen toimintakyvystä ja selviytymisestä kotioiloissa. Tieto on hyödyllistä suunniteltaessa potilaan hoitoa ja kuntoutusta. Keskustelu läheisen kanssa on välttämätöntä, koska sairastuneen tarpeet ovat muuttuneet ja tarpeisiin vastaaminen onnistuu vain, jos henkilökunta tuntee sekä potilaan että tämän kotiympäristön. Läheisten mielestä tiedonkulkua vaikeuttaa usein se, että hoitoon ja kuntoutukseen osallistuu eri ammattiryhmiä ja pulmatilanteissa läheiselle ei ole selvää, kehen voi ottaa yhteyttä. (Purola 2000, 113.)

Sairaaloiden hoitoideologiaan kuuluu yleensä läheisten mukaan ottaminen potilaan hoitoon, mutta Purolan (2000, 113) tutkimuksen tulosten mukaan tämä ei aina toteutunut. Läheiset kokevat, että heille annetaan yleensä passiivinen rooli ja heidän mielipidettään tiedustellaan hyvin harvoin. Kun potilaat ja heidän läheisensä eivät osallistu kuntoutuk-

sen suunnitteluun, eivät he myöskään voi asettaa tavoitteita itselleen, mikä vähentää motivaatiota ja lisää turvattomuutta. Kuitenkin näkemysten yhteen sovittaminen ja yhteisten tavoitteiden asettelu voisi auttaa potilaiden ja läheisten parempaan selviytymiseen. Purola haastaa ammattilaiset pohtimaan osallistumisen esteitä: ovatko syynä vanhat asiantuntijuuteen perustuvat rakenteet, kiire tai kykenemättömyys yhteistyöhön? Tutkimusten mukaan yhteydenotot läheisiin tapahtuvat hoitojärjestelmän ehdoilla, jolloin läheisten mielipidettä keskusteluajan sopivuudesta ei kysytä. Jos pystyttäisiin mahdollistamaan läheiselle osallistuminen hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon, he välttyisivät itsensä ulkopuoliseksi kokemisen tunteelta. (Aura ym. 2010,20; Hopia ym. 2004, 27–28; Mattila, Kaunonen, Aalto, Ollikainen & Åstedt-Kurki 2009, 299; Mäkisalo 2001,10.)

Läheiset ovat sairastuneen tukena, kun sairastunut tarvitsee kuuntelijaa, tiedon jakajaa ja rinnalleen ihmistä, joka välittää. Läheiset voivat edistää toipumista lieventämällä ahdistusta ja pelkoa, jota sairastunut usein kokee. (Mattila 2011, 117.) Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992, § 7) on säädetty, että potilaan hoitoa ja kuntoutusta koskeva suunnitelma tulee laatia yhteisymmärryksessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Hoitohenkilökunnan tulee ottaa huomioon myös potilaan antama suostumus tietojen antamiseen. Hoitohenkilökunnalla on oikeus antaa läheisille tietoja terveydentilasta vain potilaan suostumuksella. (Kotisaari & Kukkola 2012, 54–57.)

Jotta läheinen voi osallistua sairastuneen hoidon suunnitteluun ja tukemiseen, tulee hänet saada pois vierailijan roolista henkilökunnan kumppaniksi (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 12). Mielestämme tällöin edellytyksenä on sairaaloiden vierailuajakäytäntöjä muutettava perhehoitotyön tarpeita vastaavaksi. Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) suosituksessa, Sairaaloiden vierailuajakäytäntöjen vaikutukset lapsi- ja aikuispotilaisiin, sekä heidän vieraisiinsa (2010) todetaan seuraavaasti: ”Joustava vierailukäytäntö lisää potilaiden ja läheisten tyytyväisyyttä. Myös hoitajat raportoivat avoimen vierailukäytännön eduista potilaalle: ahdistuksen väheneminen, emotionaalisen tuen lisääntyminen, ikävystymisen väheneminen ja elämänhalun lisääntyminen. Positiiviset muutokset potilaan tilanteessa johtavat puolestaan positiivisiin muutoksiin perheessä.”

4.2 Ohjaus yhteistyön välineenä

Ohjauksen ja oikeutuksen osallistua potilaan hoitoon on tullava potilasta hoitavalta henkilökunnalta. Tähän läheiset tarvitsevat tietoa, ohjausta, tukea ja rohkaisua, koska keskeisin syy hoitoon osallistumattomuudelle on se, että läheiset helposti ajattelevat enemminkin häiritsevänsä kuin edistävänsä potilaan paranemista ja hyvää oloa. Eettisestä näkökulmasta on tärkeää ottaa huomioon läheisen oma halu, mahdollisuus ja kyky

hoitoon osallistumisessa, jottei muutos kohti perhekeskeistä hoitotyötä aseta paineita ja velvoitteita osallistumiseen. (Eriksson, 2000, 239.)

Nykykäsityksen mukaan ohjauksella tarkoitetaan vuorovaikutteista suhdetta, jossa ohjaussuhde pyritään pitämään tasa-arvoisena. Hoitajat pitävät potilaiden ja heidän läheistensä ohjausta erittäin tärkeänä ja olennaisena osana hoitotyötä. Terveystieteiden ohjauksella tarkoitetaan, että potilaalle ja läheiselle tarjotaan tietoa, mahdollisuuksia ja haasteita, mutta heillä itsellään on oikeus tehdä lopulliset valinnat elämässään. Ohjauksen tarkoituksena on kannustaa asiakasta ottamaan vastuuta itsestään ja löytämään omia voimavarojaan, millä pyritään edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä. Hoidon jatkuvuus jää lopulta asiakkaan ja hänen läheistensä vastuulle ja siksi on tärkeää, että ohjaus on riittävää, oikein mitoitettua ja oikein ajoitettua. Yksi ohjauskerta ei välttämättä riitä tulokselliseen ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 5–25.)

Toimivan ohjaussuhteen tavoitteena on, että keskustelun avulla saavutetaan yhteisymmärrys asiakkaan ja hoitajan välillä. Hoitaja toimii vastuullisena osapuolena, mutta asiakas osallistuu aktiivisesti keskusteluun ja tavoitteiden ja keinojen asettamiseen. Hoitajan tulee huomioida asiakkaan tarpeet, odotukset, pyrkimykset ja taustatekijät ja tukea asiakasta aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen. Ohjaus on sekä sanatonta, että sanallista viestintää. Noin puolet viestinnästä on sanatonta viestintää ilmeitä, eleitä, kehon kieltä ja tekoja. Niiden kontrollointi on vaikeaa, koska ne ovat usein tiedostamattomia. Hoitajan tehtävänä on rohkaista asiakasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan, koska sellaiset asiakkaat, jotka tuntevat itsensä riippuvaiseksi hoitajasta eivätkä usko omaan vaikutusmahdollisuuksiinsa, eivät ota vastuuta hoidostaan. (Kyngäs ym. 2007, 38–41.)

5 KEHITTÄMISTYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kehittää Harjulan sairaalan neurologiselle kuntoutusosastolle toimintamalli aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden läheisten kohtaamiseen ja tukemiseen. Tavoitteena on parantaa yhteistyötä läheisten kanssa ja lisätä läheisen mukaantuloa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan hoitotyöhön, hoidon suunnitteluun ja tavoitteiden asettamiseen.

6 KEHITTÄMISTYÖN ETENEMINEN

Terveystieteiden kehittämistoiminnalla pyritään luomaan uusia tai parantamaan nykyisiä palveluja, menetelmiä tai järjestelmiä. Kehittämisen avulla voidaan löytää uusia tapoja tai malleja toimimiseen. Kehittäminen muodostuu olemassa olevan ja kehittämisen tuloksena syntyvän uuden tutkimustiedon sekä terveydenhuollon henkilöstön työkokemuksen ja aiemmasta kehittämisestä karttuneen kokemuksen tuloksena. Työyhteisön kehittämisessä pyritään osallistamaan useita ihmisiä eri ammattiryhmistä, joten se on luonteeltaan yhteistoiminnallista eli moniammatillista. Kehittämistyön myötä yksittäisen työntekijän, ryhmän ja työyhteisön sekä koko organisaation on mahdollista oppia uutta, jolloin sekä käsitykset että toimintamallit muuttuvat. (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 55.) Kehittämistyömme on edennyt Heikkilän ym. (2008, 58) tutkivan kehittämisen prosessimallia mukaillen (Kuvio 1). Prosessimme vaiheet ovat ideointi ja esisuunnittelu, suunnittelu, toteutus, päättäminen ja arviointi. Vaiheet ovat nähtävissä erillisinä, sekä osin myös limittäin menevinä toimintoina, jotka muodostavat jatkumon tavoitteellisen toimintakokonaisuuden saavuttamiseksi.



KUVIO 1. Kehittämishankkeen vaiheet

6.1 Kehittämistyön ideointi ja esisuunnittelu

Kehittämishankkeet voivat saada alkunsa esimerkiksi käytännön työssä esiintyvistä ongelmatilanteista tai työelämässä todetusta tarpeesta. Hankkeeseen perehtymisen tulee olla huolellista, mikä vaatii tutustumista kirjallisuuteen, tutkimuksiin sekä muihin vastaaviin hankkeisiin. (Heikkilä ym. 2008, 60–61.) Opintojen alusta lähtien meille oli selvää, että opinnäytetyömme tulisi kohdistumaan oman työyksikön kehittämiseen. Osastomme henkilökuntaa oli jo jonkin aikaa vaivannut kokemus yhteistyön vaikeutumisesta potilaiden läheisten kanssa. Osastolla ei ole sovittua toimintatapaa tai -mallia eikä yhtenäistä käytäntöä potilaiden läheisten huomioimiseen tai yhteistyön edistämiseen. Meillä opinnäytetyön tekijöillä heräsi opintojen edistyessä kiinnostus siihen, voisiko löytyä keinoja yhteistyön parantamiseksi, ja mitä nämä keinot olisivat. Ratkaisua ongelmaan oli yritetty etsiä jo osaston vuoden 2010 kehittämispäivässä, jossa luennoitsija Jari Koskisuus paneutui pyynnöstämme erityisesti läheisten kohtaamisen haasteisiin, luennoiden aiheesta ”Vaativan kuntoutustyön haasteet”. Osaston henkilökunnalle järjestettiin myös 3.3.2011 keskustelutilaisuus haasteellisten potilaiden ja läheisten kohtaamisesta yhdessä työpsykologi Talvikki Ranisen kanssa. Osaston kehittämissuunnitelmassa vuosille 2011- 2013 on kirjattu tavoitteeksi läheisten ja potilaiden mukaan ottaminen potilaan hoito- ja kuntoutussuunnitelman suunnitteluun ja tavoitteiden asetteluun. Nämä edellä mainitut toimet eivät kuitenkaan ole johtaneet muutoksiin käytännön toimintatavoissa, eikä yhteistyössä ole havaittu parantumista.

Meille opinnäytetyön tekijöille oli siis selvää, että pyrimme opinnäytetyössämme paneutumaan AVH-potilaiden läheisten kanssa tehtävään yhteistyöhön, mutta meiltä puuttui käsitys työmme tuotoksen muodosta. Opintoihimme kuuluvan Tutkivan kehittämisen opintojaksolla saimme työtämme ohjaavalta yliopettaja Pirkko Jokiselta vinkin, että opinnäytetyömme tuotoksena voisi olla uusi toimintamalli. Havaitsimme että opinnäytetöinä

tehtävien kehittämistehtävien tuotoksena on varsin usein potilasohjeita, mutta opiskelijan ja samalla työntekijän roolissa työyhteisöön tehtäviä toimintamalleja ei juuri ole. Työyhteisöjen omana kehittämistyönään tekemiä, malliltaan hyvin erilaisia toimintamalleja puolestaan löytyy useita. Heikkilän ym. (2008) kirjassa ”Tutkiva kehittäminen-avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla” on kuvaus tekonivelleikkauspotilaiden hoitomallin kehittämisestä sekä uuden toimintamallin kehittämisestä nuorisopsykiatriassa hoitotyössä.

Yhteistyön parantamisen tarvetta hoitotyöntekijöiden ja läheisten välillä on lisännyt myös se, että toisinaan on ollut havaittavissa läheisen luottamuksen puutetta hoitohenkilökuntaa kohtaan. Tämä saattaa ilmetä hoitohenkilökuntaan kohdistuvina valituksina. Läheisten kanssa keskusteltaessa voi epäluottamuksen syyksi paljastua väärinymmärryksiä tai ennakoasenteita, jotka vaikuttavat heidän käyttäytymiseensä. Jos läheiset ovat aiemmin pettyneet jonkin hoitopaikan hoitoon, se voi vaikuttaa asenteisiin myös seuraavissa kohtaamisissa (Potinkara 2004, 119). Potinkaran (2004, 120) tutkimuksessa luottamukseen liittyi hoitavan henkilön vakuuttavuus, joka on läheisen subjektiivinen käsitys hoitavan henkilön ammattitaidosta. Tämä läheisen arviointi hoitavan henkilön ammattitaidosta ei välttämättä perustu objektiiviseen tietoon, minkä vuoksi on tärkeää, että hoitavalla henkilöllä on kyky kohdata läheinen ja tuoda asiat ymmärrettävästi esille.

6.2 Kehittämistyön suunnittelu

Heikkilän ym. (2008, 69–70) mukaan kehittämishankkeen suunnitteluvaihe voi olla työläin vaihe, koska valmiita ratkaisumalleja ei ole tarjolla eikä lopputulos ole vielä täysin hahmottunut. Kehittämistyön kohdistuessa oman työyksikön kehittämiseen on ollut tärkeää suunnitteluvaiheessa selvittää yhteistyössä esiintyvät ongelmat läheisiltä ja henkilökunnalta. Itsereflektion avulla olemme selventäneet omaa toimintaamme ja kokemuksiamme yhteistyöstä läheisten kanssa ja näin olemme löytäneet ja rakentaneet uusia näkökulmia. Hankkeen onnistumisen kannalta on tärkeää saada kaikki osallistujat sitoutumaan hankkeeseen jo varhaisessa vaiheessa (Heikkilä ym. 2008, 70). Olemme informoineet osastomme henkilökuntaa jo hankkeen esisuunnitelmavaiheessa ja siten pyrkineet saamaan osastomme henkilökunnan kiinnostumaan ja osallistumaan hankkeeseen.

Kehittämishankkeessa voidaan käyttää erilaisia menetelmiä uuden tiedon ja tuotoksen aikaansaamiseksi. Käytettyjen menetelmien tavoitteena on tuoda ratkaisu käytännön ongelmaan, jonka vuoksi kehittäminen käynnistetään. (Heikkilä ym. 2008, 55, 109–111.) Tässä työssä käytetyt erilaiset menetelmät muodostuivat tutkimustiedosta, työyksikön havainnoinnista, läheisten haastatteluista, henkilökunnalta saaduista ideoista ja omista kokemuksistamme (Kuvio 2). Kehittämishankkeessamme hyödynsimme olemassa olevaa tietoa, jolloin toimintaa voidaan rakentaa aikaisemman tiedon varaan (Heikkilä ym. 2008, 104). Myös hiljaista tietoa olemme pyrkineet käyttämään hyödyksi. Hiljaisella tiedolla tarkoitetaan henkilökohtaista, puhumatonta, kokemuksellista ja tilannesidonnaista tietoa, jota on vaikea ilmaista. Usein työntekijöiden taidot ovat hiljaista tietoa, kuten miten luon hyvää vuorovaikutussuhdetta läheisiin. (Koskimies, Pyhäjoki & Arnkill 2012, 9.) Tutustumalla oman osastomme työelämää sekä organisaatiota koskevaan tietoon olemme saaneet tietoa osastollamme käytetyistä strategioista ja arvoista.

Hankettamme varten teimme työsuunnitelman, jonka yliopettaja Pirkko Jokinen hyväksyi syyskuussa 2012. Valmiin työsuunnitelman toimitimme yhteistyökumppanillemme, Harjulan neurologisen kuntoutusosaston henkilökunnalle. Toimeksiantosopimus työnantajan edustajana toimineen osastonhoitaja Tarja Materon, yliopettaja Pirkko Jokisen ja tekijöiden kesken tehtiin lokakuussa 2012.

6.3 Tuotoksen toteutusvaihe

Tuotoksemme eli toimintamallin toteutus eteni seuraavien vaiheiden mukaisesti: teorian tiedon hakeminen luotettaviin tutkimuksiin ja kirjallisuuteen perehtymällä, kehittämiskohteen eli osaston potilaiden läheisten kokemusten ja tarpeiden selvittäminen haastattelujen avulla, osaston henkilökunnan osallistaminen osastokokouksissa ja kehittämispäivässä sekä omien havaintojemme ja kokemustemme tiedostaminen ja muotoilu kirjalliseksi aineistoksi.



KUVIO 2. Toimintamallin muodostamisen menetelmät

6.3.1 Läheisten haastattelu

Läheisten kokemuksia kerättiin haastattelun avulla. Haastattelun etuna näimme sen, että läheiset voisivat tuoda esille kokemuksiaan yhteistyöstä mahdollisimman monipuolisesti ja tarvittaessa pystyisimme itse syventämään asian pohtimista lisäkysymysten avulla. Haastattelutyypeistä valitsimme teemahaastattelun, jolloin aihepiirit ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2000, 192, 195). Haastattelun teemat ja apukysymykset (Liite 1) suunnittelimme niin, että niiden avulla saimme tietoa läheisten omista kokemuksista.

Haastattelu toteutettiin ryhmähaastatteluna, koska sen etuna on joustavuus ja se on nopeasti paljon informaatiota antava tiedonkeruumenetelmä. Samalla haastatteliija voi selventää monimutkaisten kysymysten tarkoituksia, jos haastateltavat eivät ole niitä ymmärtäneet. Haastattelutaitojen lisäksi ryhmähaastattelu vaatii haastattelijalta ryhmädynamiikan hallintaa, koska haastattelun sujuvassa etenemisessä on oltava kokemusta ryhmä- ja vuorovaikutustilanteista. Ryhmä voi luoda turvallisuuden ja varmuuden tunnetta erikoisessa tilanteessa ja haastateltavat voivat inspiroida toisiaan keskusteluissa.

Toisaalta huonona puolena voidaan mainita, että ryhmässä yksilöllisyys voi kadota tai vähemmistön mielipiteet, näkökulmat ja ajatukset voivat jäädä liian vähälle huomiolle. Ryhmähaastattelutilanteessa myös haastattelijan näkyvät reaktiot voivat vaikuttaa keskustelun luonteeseen. Sopiva ryhmän koko on 4–10 henkilöä. Tällöin kaikki saavat rauhassa puheenvuoron ja vastauksista tulee mahdollisimman kattavia. (Pötsönen & Välimaa 1998, 1, 3–4, 6.)

Heikkilän ym. (2008, 45) mukaan ihmisten itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa ja heidän on itse voitava päättää osallistumisestaan kehittämishankkeisiin. Lähetimme osastomme potilaiden läheisille haastattelupyynnöt kirjeitse ja kysimme heiltä itseltään halukkuutta osallistua haastatteluun sekä mahdollisuudesta näin vaikuttaa yhteistyön kehittämiseen. Haastatteluun osallistui kolme aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan läheistä. Haastattelupaikkana oli Harjulan sairaalan opetuskoti, joka oli rauhallinen ja miellyttävä ympäristö. Tilaisuus aloitettiin yhteisellä kahvittelulla, jotta osallistujat saivat tilaisuuden tutustua toisiinsa keskustellen samalla vapaamuotoisesti. Haastateltaville kerrottiin keskustelun nauhoittamisesta ja nauhojen hävittämisestä aineiston kirjallisen tallennuksen jälkeen. Kerroimme myös salassapitovelvollisuudestamme, eli emme paljastaisi haastateltavien henkilötietoja missään hankkeen vaiheessa.

Haastateltavat olivat aktiivisia keskustelijoita, ja he ilmaisivat hyvin kokemuksiaan. Haastattelun kesto oli puolitoista tuntia, josta alun vapaamuotoinen osuus oli puoli tuntia. Aineiston purkamisen aloitimme kirjaten eli litteroiden haastattelusta nousseet keskeiset pääteemat nauhoitetusta aineistosta tekstiksi. Kuuntelimme keskeisen sisällön useaan kertaan ymmärtääksemme sanotun ja tutustuaksemme aineistoon. Sitten redusoimme eli pelkistimme aineistoa karsimalla epäoleellisen pois ja nostimme aineistosta esiin oleellisen sanoman kirjoittaen nämä tärkeät asiat yleiskielelle kertomuksen muotoon. Tarkistimme vielä aineiston useaan kertaan pyrkien varmistamaan sen, että löysimme aineistosta oleelliset asiat. (Pötsönen & Välimaa 1998, 11–12.)

Haastatteluissa ilmeni, että läheiset kokivat tiedon saamisen sairastuneen tilanteesta vaikeana ja he joutuivat itse olemaan aloitteen tekijänä tiedonsaannissa. Heillä kaikilla ei ollut tietoa osaston tiimijaosta ja oma- ja vastuuhoidajista, joten he olivat epä tietoisia siitä, keneltä voi kysyä potilaan tilanteesta. Hoitohenkilökuntaa he tapasivat satunnaisesti. Läheiset olisivat halunneet enemmän mahdollisuuksia keskustella hoitajien kanssa. Läheiset kertoivat tuntuneen hyvältä, kun hoitaja oma-aloitteisesti aloittaa keskustelun potilaan voinnista tavattaessa, esimerkiksi kertomalla potilaan aamun sujuneen hyvin.

Haastateltavilta saamamme tieto on yhteneväistä tutkimustiedon kanssa. Vuorovaikutustilanteiden aloitteen tekeminen jää läheisten enemmistön mielestä heille itselleen. Vuorovaikutussuhteen syntymistä vaikeuttavia tekijöitä ovat henkilökunnan kiire, vuorotyö ja vaikea tavoitettavuus. Myös läheisten arkuus lähestyä henkilökuntaa voi vaikeuttaa vuorovaikutusta. Hoitajien tulisiakin huomioida aloitteentekijän rooli vuorovaikutustilanteissa läheisten kanssa. Hoitohenkilökunnan aktiivisuus yhteydenotoissa koetaan positiivisena ja tulkitaan omaisten arvostukseksi ja kannustukseksi. Mahdollisuutta osallistua kahdenkeskiseen keskusteluun hoitohenkilökunnan kanssa toivotaan enemmän. (Aura ym. 2010; Hopia ym. 2004; Lehtonen 2005, 73; Luoma-Kuikka & Hupli 2004; Rantanen ym. 2010.) Hoitajien tavoitettavuutta tulisi lisätä ottamalla läheisiin yhteyttä puhelimitse, etteivät yhteydenotot jäisi satunnaisten kohtaamisten varaan (Lehtonen 2005, 73; Potinkara 2004, 115).

Omahoitajasta ei kaikilla läheisillä ollut tietoa, mikä aiheutti ihmetystä omahoitajan merkityksestä ja roolista hoidossa. Useissa tutkimuksissa todetaan läheisen kohtaamista sekä selviytymistä parantavana tekijänä olevan nimetyn omahoitajan tai vastuuhoitajan olemassaolon (Aura ym. 2010, 19; Hopia ym. 2004, 28; Lehtonen 2005, 72; Mattila 2011, 100; Potinkara 2004, 113; Purola 2000, 102).

Läheiset toivat haastattelussa esille kokemuksen siitä, että jatkohoidosta tulisi saada tietoa ajoissa ja tehdyt päätökset tulisi perustella. He toivoivat että heidän otettaisiin mukaan jatkohoitosuunnitelman laatimiseen. Useissa tutkimuksissa kuten Aura ym. (2010), Luoma-Kuikka ja Hupli (2004), Purola (2000), Rantanen ym. (2010) ja Virtanen ym. (2010) läheisten tiedonsaanti todettiin puutteelliseksi. Omaiset olivat kokeneet, että he jäivät usein ulkopuolisiksi. He kokivat tarvitsevänsä enemmän tietoa jatkohoidosta, ohjauksesta ja potilasohjeista. Läheistä tulee rohkaista kysymään epäselvistä asioista. Auran ym. (2010), Purolan (2000) ja Rantasen ym. (2010) mukaan läheisille olisi mahdollistettava osallistuminen hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon keskustelemalla ja neuvottelemalla. Näin myös voitaisiin välttää heidän ulkopuoliseksi kokemisen tuntensa.

Vuorovaikutussuhteisiin haastateltavat toivoivat avoimempaa, molemminpuoleista yhteistyötä vahvistavaa toimintatapaa. Myös aiemmat tutkimustulokset tukevat tätä toivomusta (Luoma-kuikka & Hupli 2004, 12). Lehtosen (2005, 73) tutkimuksen mukaan yhteistyön toteutuminen ei saisi olla sattumanvaraista, vaan hoitotyöhön tulisi vakiinnuttaa toimintatapoja, joilla varmistettaisiin läheisen mukanaolo koko hoitoprosessin ajan. Luotamuksellisen hoitosuhteen syntyminen edistää kuntoutumista. Potilaan ja läheisten tar-

peiden sivuuttaminen, persoonaton kohtelu ja tehtäväkeskeisyys ovat taas haitallisia potilaan kuntoutumiselle. (Kaila 2009, 9.)

Tuen tarpeen haastateltavat kokivat riippuvan siitä, kuinka läheinen suhde sairastuneeseen on, mm. puolisoilla erilainen kuin vanhemman ja lapsen välillä. Haastateltavat ilmaisivat, että usein tueksi riittää vain myötäeläminen ja oman jaksamisen tukeminen. Useiden tutkimusten esimerkiksi Hopian (2004), Luoma-Kuikan (2004), Auran (2010) ja Mattilan (2009) mukaan läheiset eivät saa hoitohenkilökunnalta tarpeeksi apua tunteidensa ymmärtämiseen eivätkä tukea henkilökohtaiseen selviytymiseen. Vuorovaikutustilanteet koskivat pääasiassa potilaan sen hetkistä vointia eikä niissä keskusteltu läheisen voinnista ja jaksamisesta. Selviytyäkseen läheiset tarvitsevat kuulluksi tulemistä sekä tietoa ja tukea.

Läheiset toivoivat voivansa tavata osaston lääkäriä useammin. He olivat kokeneet hyvänä sen, että sairastumisen akuutissa vaiheessa Kuopion yliopistollisessa sairaalassa keskusteluja lääkärien kanssa oli ollut säännöllisesti. Tutkimustiedon mukaan diagnoosin ja ennusteeseen liittyvissä asioissa toivotaan enemmän keskusteluja hoitavan lääkärin kanssa, koska usein pelkkä diagnoosin kertominen ei selvitä ennustetta riittävästi ja siitä saattaa syntyä virheellisiä käsityksiä. (Luoma-Kuikka & Hupli 2004, 11–12; Halme ym. 2007, 20.)

6.3.2 Henkilökunnan kehittämispäivästä saadun tiedon tarkastelu

Henkilökunnan kehittämispäivä järjestettiin Hotelli-ravintola Jahtihovissa 1.11.2012 kello 8-15 välisenä aikana (Liite 4). Osallistujina oli osastomme hoitajia, laitoshuoltajia, osastonsihtööri, osastonhoitaja sekä osastomme lääkäri. Aamupäivän aiheena oli yhteistyö omaisten kanssa, joten me opinnäytetyön tekijät suunnittelimme aamupäivän ohjelman ja aikataulun. Tavoitteenamme oli saada osastomme henkilökunta mukaan opinnäytetyömme suunnitteluun ja toteutukseen. Päivän alun osallistavana menetelmänä käytimme Learning Cafe menetelmää, jota voidaan kutsua myös oppimisen kahvilaksi. Learning Cafessa jaetaan kokemuksia ja ideoita, luodaan uutta tietoa ja kyseenalaistetaan itsestäänselvyksiä rakentavassa hengessä. Learning Cafen ideana on olla paikka ajatusten vaihdolle ja yhteisen ymmärryksen synnylle. Menetelmässä työskennellään pienissä pöytäryhmissä, joissa pöytäliinoina olivat fläppitaulupaperit, joihin pöydässä työskentelyn ajan pysyvä emäntä kirjaa ryhmässä syntyneet ajatukset. Fläpit ripustetaan seinälle vierekkäin ja Learning Cafen tuotokset puretaan yhdessä. (Koskimies, Pyhäjoki & Arnkill, 2012, 31) Pöydissä käsiteltävät aiheet muokkasimme työyhteisölähtöisiä kehittämisotteita ja sen periaatteita mukaillen (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 27). Aiheet

koskivat osastomme läheisten roolia ja heidän kanssaan tehtävää yhteistyötä eri näkökulmista: mitkä seikat edistävät ja mitkä estävät yhteistyötä, mitä tapahtuu jos emme tee mitään, millaisena haluaisimme nähdä yhteistyön tulevaisuudessa ja mitä keinoja voisimme käyttää yhteistyön parantamiseksi. Henkilökunta oli aktiivisesti mukana työskentelyssä, joten menetelmän valinta vaikutti onnistuneelta ratkaisulta. Osallistavan osion jälkeen esittelimme kehittämispäivän osanottajille tekemämme Power-point-esityksen, jossa kerroimme päivän aiheeseen liittyvistä tutkimustuloksista.

Läheisten mukaan ottaminen päätöksentekoon ja hoidon suunnitteluun edistäisi henkilökunnan mielestä yhteistyön kehittymistä ja läheisiä tulisi kannustaa enemmän ottamaan yhteyttä hoitohenkilökuntaan. Kailan (2009, 8-9) tutkimuksen mukaan AVH-potilaan läheinen saattaa tarvita rohkaisua hoitotyöhön osallistumisessa. Syynä osallistumattomuuteen voi olla epävarmuus, jolloin he eivät osaa tai uskalla osallistua. Myös Åstedt-Kurki (2009) on tuonut esille, että läheiset kokevat olevansa usein hoidossa tiellä tai haittana.

Läheisten voimavarat ja vertaistuen tarve tulisi huomioida paremmin esim. omaistenryhmien järjestämisellä. Luoma-Kuikan ja Huplin (2004) ja Rantasen ym. (2010) tutkimuksien mukaan läheiset toivoivat, että hoitohenkilökunta ohjaisi enemmän ottamaan yhteyttä kolmannen sektorin toimintaan, samassa elämäntilanteessa olevien pariin.

Henkilökunnan mielestä yhteistyötä edistäisi mm. osaston saama positiivinen maine ja hoitohenkilökunnan ammattitaitoinen ja ammatillinen ote kohtaamisissa. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla aikaa kohdata asiakas ja läheinen rauhassa. Yhteistyötä edistäisi myös se, että potilaalla olisi nimetty yksi yhteyshenkilö, jonka kanssa asioista sovitaan.

Henkilökunta haluaisi yhteistyön olevan vuorovaikutteista ja avointa, jossa yhteisymmärrykseen päästävän keskusteluiden avulla. Epätietoisuus luo helposti epävarmuutta, ja väärinymmärryksiä voi esiintyä. Henkilökunnan mielestä yhteistyötä voidaan kehittää myös asiakaspalautekyselyjen ja palautteiden avulla. Yhteistyötä voidaan lisätä myös siten, että läheiset otetaan mukaan hoitotilanteisiin. Useissa tutkimuksissa (Purola 2000, Luoma-Kuikka & Hupli 2004, Aura ym. 2010, Mattila ym. 2009, Rantanen ym. 2010, Virtanen ym. 2010) kävi ilmi, että läheiset kokivat tiedonsaannin puutteelliseksi ja he tunsivat jäävänsä ulkopuolisiksi. Läheiset tarvitsevat enemmän rohkaisua epäselvistä asioista kysymiseen ja tietoa jatkohoidosta, ohjauksesta ja potilasohjeista.

6.3.3 Kokemukset omaisten ryhmästä

Opintoihimme kuuluvassa kolmannen sektorin hanketyössä pidimme osastomme läheisille keskusteluryhmää. Tavoitteenamme oli auttaa läheisiä sopeutumaan tilanteeseen ja samalla ohjaamaan heitä vertaistensa pariin. Ryhmätapaamisia pidettiin neljä kertaa keväällä 2011. Kokoontumisissa keskustelimme voimavarojen löytämisestä läheisten ollessa väsyneitä, ahdistuneita, peloissaan ja epävarmoja siitä, mitä sairaus tuo tullessaan. Kun sairastuminen tulee yhtäkkiä ennalta-arvaamattomasti, läheiset eivät aina ymmärrä, että miksi juuri heille on näin käynyt. Havaitsimme, että ihmisten elämäntekemukset ja persoonallisuus vaikuttavat siihen, kuinka he pystyvät käsittelemään sairastumisen aiheuttamia muutoksia.

Ryhmän pitäminen auttoi havaitsemaan sen, että läheisille on tärkeää saada tietoa ja tukea hoitohenkilökunnalta. Erityisesti sairastumisen alkuvaiheessa heidän tarpeensa saada tukea henkilökunnalta on suuri, koska hämmennys ja epätoivo ovat usein päälimmäisinä ajatuksissa, eikä ihminen tällöin kykene selviytymään arkisista asioista ilman toisen ihmisen apua. Läheiset näyttivät tiedostavan itsensä hoitamisen ja oman ajan tärkeyden merkityksen jaksamisessaan. Sairastumisen hyväksyminen ja positiivinen elämänasenne auttoivat läheisiä jaksamaan.

Hankkeen myötä olemme oppineet paremmin ymmärtämään läheisen roolia hänelle tärkeän ihmisen sairastuttua. Läheinen tarvitsee kuuntelijaa, ja puhuminen ja puheeksi ottaminen on eräs keino auttaa omaista selviytymään kriisistä, joka häntä on koskettanut. Olemme myös havainneet, että kirjallisessa muodossa oleva tieto saavuttaa läheisen paremmin hoidon alkuvaiheessa ja asioiden kertaaminen yhä uudelleen on tärkeää.

6.4 Toimintamalli läheisten kohtaamiseen

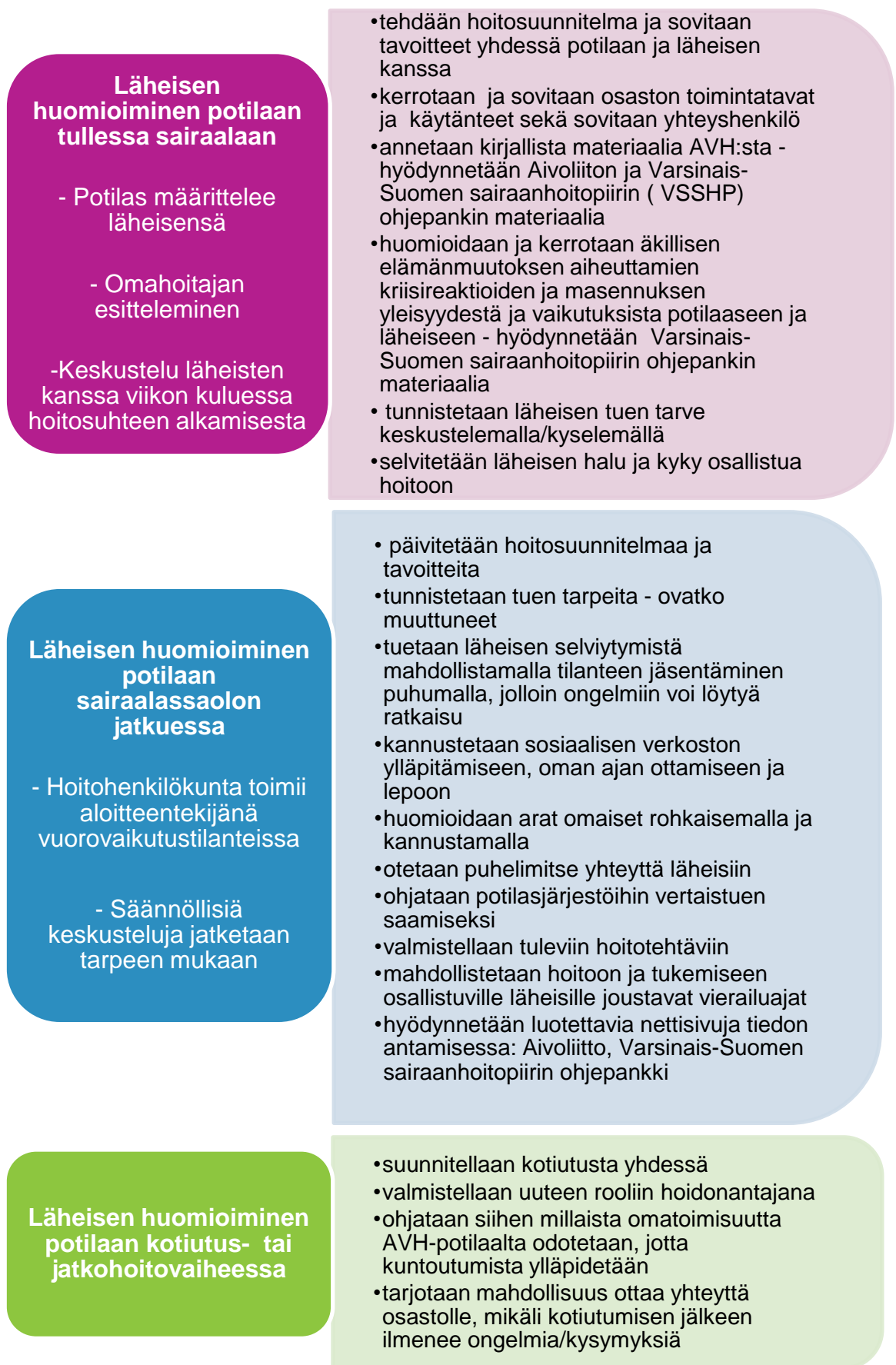
Tämän kehittämistyön tuotoksena saadut tulokset tutkimustiedon analyysistä, työyksikön havainnoinnista, läheisten haastatteluista, henkilökunnalta saaduista ideoista ja omista kokemuksistamme tiivistimme uuden toimintamallin muotoon, joka on esitetty kuviossa 3. Koska läheisten tuen tarpeet vaihtelevat hoitopolun eri vaiheissa, jaoimme läheisten tukemisen kolmeen osa-alueeseen: sairaalaan tuloon, sairaalassa oloon ja kotiutus- ja jatkohoidon aikaan. Tälle mallille saimme vahvistusta Gillespien ja Campbellin (2011) tutkimuksesta, jossa tuotiin käytännön ehdotuksia perheiden tukemiseen jaettuna sairaalassaolo-aikaan ja sairaalasta kotiutumisen aikaan. Koimme itse tärkeänä sen, että sairaalaan tulovaiheen tarpeet huomioidaan erillisenä osiona, jolloin äkillisen sairastumisen tuoma hämmennyksen, epävarmuuden ja kriisitilanteen merkitys tulee huomioitua ja

läheisen selviytymistä voidaan helpottaa sekä kertomalla että antamalla kirjallista materiaalia kriisitilanteen vaikutuksista.

Yhteistyön alussa läheisen kanssa käydyn keskustelun tarkoituksena on selvittää läheisen tiedon ja tuen tarpeet. Sekä tutkimuksissa, että tekemässämme läheisten haastattelussa ja vertaisryhmässä tuli ilmi, että joillekin läheisille pelkkä ystävällinen ja arvostava kohtaaminen on riittävä tuen muoto, kun taas osa läheisistä tarvitsee enemmän tukea tilanteen käsittelemiseen. Yhteistyön parantamiseksi läheisille tulee kertoa osaston toimintatavoista sekä selvittää heidän haluaan osallistua sairastuneen hoitoon. Potilaan ja hänen läheisensä tulee saada myös osallistua hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimiseen, jotta tavoitteet ovat potilaan tarpeista lähteviä. Myös hoitoon sitoutumisen näkökulmasta yhteisten tavoitteiden asettelu on tärkeää. Potilaan oman tahdon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiselle asettaa erityisen haasteen se, että AVH-potilas voi olla tajunnantason alenemisen tai kognitiivisten vaikeuksien vuoksi kykenemätön ilmaistamaan omaa tahtoaan. Potilaalla voi myös olla useita läheisiä ihmisiä, joilla voi olla eriävät näkemykset potilaan tarpeista ja hoidosta. Tavoitteena olevan potilaan hyvän edistämiseen tarvitaan sekä läheisten, että ammattilaisten neuvonpitoa yhteisen ymmärryksen löytymiseen. Keskustelussa olisi sovittava jonkun läheisistä ottavan yhteyshenkilön roolin tiedonvälityksessä, koska käytännön hoitotyössä on usein mahdotonta vastata useisiin yhteydenottoihin. Myös tietosuoja asettaa rajoituksensa siihen, kenelle tietoja saa antaa.

Kirjallisen ja suullisen tiedon antamisen ja kertaamisen olisi jatkuttava koko hoitopolun ajan, koska saadun tiedon tarve, ymmärtäminen ja omaksuminen voivat vaihdella. Suullisen tiedon tueksi voi koota kirjallista materiaalia ohjauskansioon, josta voi kopioida läheisille heidän tarvitsemaansa materiaalia. Myös erilaisia nettisivustoja voidaan hyödyntää tiedonlähteenä, ja useilla sairaanhoitopiirillä mm. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirillä onkin verkkosivuillaan erittäin hyvää materiaalia AVH-potilaan ja hänen läheisensä tarpeisiin. Useissa tutkimuksissa on todettu, että sairastuneen ja hänen läheisensä ihmissuhteet vähenevät, joten heitä tulisi ohjata pitämään sosiaalista verkostoaan yllä sekä ohjata Aivoliiton ja muiden potilasjärjestöjen toimintaan mukaan uusien verkostojen luomiseksi. Erilaisilta yhdistyksiltä läheiset voivat saada sekä tiedollista että vertaistukea. Läheiset, jotka ovat keskustelussa ilmaisseet halunsa osallistua potilaan hoitoon, tarvitsevat ohjausta hoitajilta, fysioterapeuteilta ja toimintaterapeutilta. Kotiutumisen lähetessä läheiset tarvitsevat valmistelua tuleviin hoitotehtäviin.

Kotiutusvaiheessa tulee huomioida, että aivohalvauksesta kuntoutuminen on yksilöllisesti etenevä prosessi, jossa sairastumisen aiheuttamat pysyvät muutokset voivat tulla läheisten tietoisuuteen pitkän ajan kuluttua, ehkäpä vasta kotona yhteistä arkea jaettaessa. Läheisten turvallisuuden tunnetta pitäisi lisätä mahdollistamalla yhteydenotto hoitoa antaneeseen yksikköön kotiutumisen jälkeen.



KUVIO 3. Toimintamalli läheisten kohtaamiseen

6.5 Kehittämistyön päättäminen ja kehittämisprosessin arviointi

Myöhemmille kehittämishankkeille ja siten koko organisaatiolle on tärkeää, että kehittämishankkeen päätösvaiheessa kerätään, tallennetaan ja siirretään eteenpäin kehittämishankkeen aikana saadut kokemukset. Tavoitteena on kerätä ilmitulleet ongelmat ja parannusehdotukset tulevaisuutta varten. (Heikkilä ym., 2008, 121.) Tämän kehittämistyön tavoitteena oli löytää keinoja Harjulan neurologisen kuntoutusosaston AVH-potilaiden läheisten ja hoitohenkilökunnan yhteistyön parantamiseen. Hankkeen konkreettisenä tuotoksena on tutkimuskirjallisuuden, läheisten haastatteluiden, osaston henkilökunnan ja tämän työn tekijöiden havaintojen ja kehittämisehdotusten pohjalta syntynyt uusi toimintatapa eli toimintamalli, jonka avulla pyritään muuttamaan Harjulan neurologisen osaston toimintatapaa yhteistyötä vahvistavaksi ja läheisiä tukevaksi. Koska työ toteutettiin opinnäytetyönä, on sen tavoitteena luonnollisesti myös tekijöiden ammatillisen osaamisen kehittyminen. Yhteistyö eri tahojen kanssa on sujunut hyvin. Olemme saaneet ohjausta yliopettaja Pirkko Jokiselta aina tarvitessamme. Osastonhoitaja Tarja Matero on ollut koko prosessin ajan innostunut työstämme ja edesauttanut sen etenemistä. Osastomme henkilökunnan osoittama mielenkiinto ja saamamme hyvä palaute niin osastotuntien kuin kehittämispäivän toteutuksessa lisäsi uskoamme siihen, että havaittuun ongelmaan kannatti tarttua ja työ toteuttaa. Toivomme, että työyhteisöllä on riittävät voimavarat ja organisaation tuki ottaa toimintamalli todella käytäntöön. Toimintamallin juurtumista voisi edesauttaa se, että me kehittämistyön tekijät olisimme viemässä sitä eteenpäin omassa työyhteisössämme. Toisaalta meidän voisi olla vaikea ottaa uutta rooliaamme sairaanhoitajana tutun työyhteisön keskellä.

Yhteistyö ja työnjako meidän tekijöiden kesken sujuivat hyvin, kuten olimme odottaneetkin. Meiltä molemmilta luonnistui hyvin työn tekeminen Googlen Drive-alustalla, jolloin saatoimme jakotella sitä omien voimavarojemme mukaan. Säännölliset kasvokkain tapaamiset ja avoin keskustelu omista tuntemuksista lisäsi luottamusta välillämme ja vahvisti yhteistyösuhdettamme. Työmme eri vaiheiden selventämiseksi olisimme voineet olla huolellisempia kokousmuistioden laatimisessa. Meillä molemmilla tekijöillä on ollut suuri haaste ilmaista itseämme napakasti ja lyhyesti raportissamme, mutta huomaamme kehittyneemme siinä paljon. Työmme arviointia olemme tehneet myös työmme pohdinta-osuudessa.

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusaiheen valinta itsessään sisältää eettisen ratkaisun, eli kenen ehdoilla tutkimus- tai kehittämisaihe valitaan ja miksi siihen ryhdytään (Hirsjärvi ym. 2000, 26). Tämä kehittämis-työ sai alkunsa omassa käytännön työssä havaitsemastamme tarpeesta parantaa AVH-potilaiden läheisten ja henkilökunnan välistä yhteistyötä. Terveystieteiden toiminnan tavoite on edistää potilaan hyvää hoitoa. Potilas on sairastuttuaankin perheensä ja lähipiirinsä jäsen, joten hänen sairastumisensa sekä sairaalassa olonsa vaikuttavat laajalti lähipiirin toimintaan. Hoitajina pidämme ammatillisesti tärkeänä eettisenä toimintana edistää paitsi sairastuneen myös läheisten huomioimista ja tukemista.

Tutkivan kehittämisen perustana on aikaisempi tutkimustieto, asiasta saadut käytännön kokemukset sekä ammattilaisten kokemus- ja hiljainen tieto. Tuotoksen luotettavuuden lisäämiseksi tietolähteet on valittava niin, että saadaan vastaus haluttuihin kysymyksiin ja käytännön ongelmiin. Tutkivan kehittämishankkeen toteutuksessa erilaisten tutkimusotteiden käyttäminen lisää tuotoksen luotettavuutta. Kehittäjän tulee pystyä perustelemaan, että toiminta ja lähestymistapa ovat yhteydessä kehitettävään ilmiöön, minkä tarkoituksena on vakuuttaa tuotoksen käyttäjälle sen käyttökelpoisuutta ja luotettavuutta. Väärät tai epäluotettavat tietolähteet tai menetelmät voivat vinouttaa tutkimustuloksia. (Heikkilä ym. 2008, 110–111.)

Työmme **luotettavuutta** tukee se, että kirjallisina lähteinä olemme käyttäneet uusinta, luotettavaa, tutkittua tietoa. Tiedonhakuun saimme apua Savonia-ammattikorkeakoulun kirjaston informaatikolta Tanja Savolaiselta. Haku tehtiin Linda-, Medic- ja Cinahl- tietokannoista vuosilta 2000–2012. Julkaisutyyppirajauksen teimme erilaisiin tutkimustyypeihin. Yleisestä suomalaisesta asiasanastosta (YSA) löytämiämme termejä, joita käytimme hakusanoina, olivat ‘aivoverenkiertohäiriöt’, ‘omaiset’, ‘puolisot’, ‘perhe’ ja ‘läheiset’. MeSH hakutermeinä olivat : ‘cerebrovascular disorders’, ‘family’, ‘spouses’, ‘stroke’, ‘caregivers’, ‘social support’ ja ‘professional-family relations’. Aineistoa löytyi runsaasti, joten rajasimme sitä otsikoiden perusteella. Aineistohakua teimme myös tarkistamalla löytämiemme hyvien tieteellisten artikkelien lähdeviitteitä sekä hakemalla Savonia-ammattikorkeakoulun kirjastosta vuoden 2003 jälkeen ilmestyneitä Hoitotiede- ja Tutkiva hoitotyö -lehtiä etsien niiden sisällysluetteloista aiheitamme koskevia tutkimuksia. Tiedonhaussa osoittautui, että kotimaista tutkimustietoa nimenomaan AVH-potilaan läheisen

huomioimisesta ja tukemisesta oli niukasti, joten olemme käyttäneet ja soveltaneet myös muista sairausryhmistä sekä aikuispotilaiden läheisistä saatua tietoa. Ulkomaisia, aiheita eri näkökulmista käsitteleviä tutkimuksia puolestaan oli runsaasti, joten rajasimme aineistoa otsikoiden perusteella. Ajan säästämiseksi ja lähteidemme kattavuuden lisäämiseksi olemme käyttäneet työssämme useita kotimaisia ja ulkomaisia systemaattisia kirjallisuuskatsauksia, joista yksi kotimainen (Kaila 2007) käsittää 15 ulkomaista tutkimusta läheisen tukemisesta ja ohjauksesta hoitotyössä vuosilta 1998–2005.

Kehittämistyön aineisto on analysoitava huolellisesti, jotta luotettavuuden ja eettisyyden kriteerit täyttyvät. Hankkeen tutkimusaineistosta ja koko prosessista tehtävien johtopäätösten tulee olla luotettavia ja rehellisiä. Kehittämistyön ja siihen liittyvän tutkimuksen tulokset on tarkoitettu hyödynnettäviksi, joten asianmukaisesti, rehellisesti, asiallisesti, perustellusti ja huolellisesti tiedotetuilla tuloksilla varmistetaan luotettavuuden ja eettisyyden periaatteiden toteutuminen. (Heikkilä ym. 2008, 44–46.)

Kaikissa työmme vaiheissa, kuten haastatteluiden tulkinnessa ja työmme raportoinnissa, olemme pyrkineet rehellisyyteen. Tutkimuksia lainatessa olemme pyrkineet tekemään lähdemerkinnät asianmukaisesti, jotta jokaisen oma oikeus tuottamaansa tekstiin toteutuu (Hirsijärvi ym. 2000, 27). Läheisten haastattelussa työmme luotettavuutta lisäsi haastattelun nauhoittaminen, jolloin kykenimme kuuntelemaan ja tarkistamaan puhuttua aineistoa useaan kertaan sitä analysoidessamme.

7.2 Toimintamallin arviointi

Toiminta- ja elinympäristömme muututtua nopeatempoiseksi ja yhä moninaisemmaksi, myös terveydenhuolto kehittyy jatkuvasti. Ajassa mukana pysyminen vaatii, että aiempia toimintatapoja ja henkilöstön osaamista on ajoittain arvioitava ja kehitettävä edelleen. Parhaimmillaan kehittämishanke voi olla alkusysäys osaamisen uudistamiselle ja toimintakäytäntöjen tehostamiselle sekä edistää myös työssä jaksamista ja tuoda jopa uutta intoa omaan työhön. (Heikkilä ym. 2008, 134–135.)

Kehittämishankkeen tuloksena syntynyt toimintamalli mahdollistaa toimintakäytäntöjen uudistamisen silloin, jos sen tuloksia hyödynnetään työyhteisössä. Tehdyn muutoksen nivoutumiseksi osaksi jokapäiväistä työtä vaaditaan henkilökunnalta sitoutumista ja ennakoluulotonta suhtautumista muutokseen, vahvaa ammatillista osaamista sekä halua kehittää ja uudistaa omaa työtään. Lisäksi vaaditaan yhdessä sovittujen periaatteiden noudattamista ja esimiehen vahvaa tukea. Tulosten vaikutukset ovat sitä paremmat mitä enemmän henkilöstö on ollut osallisena työnsä kehittämiseen hanketyön kehittämisvaiheessa. (Heikkilä ym. 2008, 132–133.) Tässä kehittämishankkeessa olemme pyrkineet

mahdollistamaan työyhteisömme osallisuuden kertomalla hankkeesta ja sen tuomasta hyödystä osastokokouksissa sekä työyhteisömme kehittämispäivässä. Henkilökunta osallistui ideointiin kehittämispäivässä "Learning Cafe-menetelmän avulla. Kehittämispäivässä saimme henkilökunnalta palautetta siitä, että oma innostuksemme aiheeseen tarttui muihinkin.

Tuotoksemme **käytettävyyden** arvioinnissa merkityksellistä on uuden toimintamallin helppokäyttöisyys ja soveltuvuus osastollamme. Toimintamallin eri osa-alueita voitaisiin käyttää myös check-list-tyyppisesti, tarkistamalla jokaisen potilaan läheisen osalta säännöllisesti, onko tukemisen eri osa-alueet huomioitu. Hankkeen tuotoksena syntynyt toimintamalli valmistui opintojemme loppuvaiheessa, joten mallin käyttökokemusten vähäisyyden vuoksi emme voi arvioida mallin toimivuutta käytännön hoitotyössä. Toimintamallin avulla Harjulan neurologinen osasto voi jatkaa läheisten huomioimisen kehittämistä ja muokata mallia edelleen käytännön kokemusten myötä.

Tuotoksen käytettävyyden arvioimiseksi olemme työssä ollessamme halunneet kokeilla, miten läheiset kokevat henkilökunnan aktiivisemmän yhteydenpidon. Järjestimme joillekin läheisille hoitosuhteen alkuvaiheessa ennalta sovitun tulokeskustelun. Läheiset kokivat erittäin hyvänä saada keskustella asioista rauhassa. Joillekin läheisille sairaalamaailma oli vieras ja he tarvitsivat neuvoja ja ohjeita toimiakseen siellä. Läheiset kokivat tarvitsevansa tukea myös hoitopäätösten tekemisessä, mikä vähensi heidän syyllisyyden tunteitaan ja lisäsi luottamusta henkilökuntaan.

Asiakkaan toimintakyky voi asettaa rajoituksia kuntoutumiselle ja kokemuksemme mukaan on tärkeää keskustella hoitolinjoista läheisten kanssa, jotta he ymmärtävät tilanteen oikein. Läheiset haluavat varmuuden siitä, että hoito on johdonmukaista, riittävää ja laadukasta. Keskustelujen avulla voidaan käydä potilaan hoitosuunnitelmaa yhdessä tarkentaen läpi, jolloin läheiset huomaavat, että heidän antamansa tieto ja tuki on potilaan hoidon onnistumiseksi tärkeää.

Läheiset ilmaisivat tyytyväisyytensä, kun kysyimme heidän omasta jaksamisestaan ja siitä, kuinka he ovat selviytyneet heitä kohdanneesta kriisistä. Kokemuksemme mukaan he tarvitsevat varsinkin hoidon alkuvaiheessa hoitohenkilökunnan tukea selviytyäkseen tapahtuneesta. Jälkeenpäin olemme saaneet kiitosta siitä, että olemme huomioineet heidät. Uskomme, että luottamussuhteen rakentamiseksi avoin ja rehellinen keskustelu niin potilaiden kuin läheisten kanssa on välttämätöntä.

Kehittämistyöhön liittyvää aineistoa etsiessämme löysimme tietoa Hämeenlinnan kaupungin kehittämishankkeesta, jonka yhtenä osana ovat omaisille suunnatut yhteiset tilaisuudet, jotka antavat mahdollisuuden omaisten rauhalliseen kohtaamiseen ja kuulemiseen. Tästä toiminnasta käytettiin nimeä omaistenkahvila. (Laakso & Kotiranta, 2011.) Kerroimme tästä toiminnasta osastonhoitajallemme Tarja Materolle, joka kertoi meille omasta havainnostaan omaisten keskustelutarpeesta. Jatkaessaan harvakseltaan työpäiväänsä iltaan saakka, työhuoneen oven ollessa auki, omaiset hakeutuvat mielellään keskustelemaan asioistaan. Päätimme järjestää kokeeksi omaisille ja läheisille mahdollisuuden tulla keskustelemaan hoitohenkilökunnan ja vertaistensa kanssa mieltä painavista asioista. Tunnelman vapauttamiseksi tilaisuudessa juotaisiin yhdessä kahvit. Ensimmäiseen kokoontumiseen osallistui kaksi osastomme läheistä. Hieman epävarmaksi jäi, saivatko läheiset tarvitsemaansa tukea tässä kokoontumisessa. Välttämättä kaikki läheiset eivät halua kertoa omia asioitaan yleisesti, vaan he saattavat tarvita enemmän kahdenkeskisiä keskusteluita hoitohenkilökunnan kanssa. Omaiskahvila-toimintaa on haluttu jatkaa osastollamme. Osastonhoitaja otti vastuun toisesta tapaamisesta, ja jatkosuunnitelmana on nimetä osaston henkilökunnasta vastuuhenkilöt toimintaa ohjamaan ja kehittämään.

Tuotoksemme **siirrettävyyttä** tukee se, että mallia voidaan käyttää hyödyksi tai soveltaa muillakin Harjulan sairaalan osastoilla sekä muissa sairaaloissa, joissa hoidetaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita. Käytännönläheisyytensä vuoksi mallia voidaan myös hyödyntää hoitotyön koulutuksissa. Siirrettävyyttä voi heikentää se, että olemme rajanneet aiheen tietyn potilasryhmän läheisiin. Olisimme voineet rajata työmme koskemaan yleisesti kaikkien sairausryhmien läheisiä, mutta halusimme käsitellä juuri AVH-potilaiden läheisiä, jotta meidän ja osastomme henkilökunnan tietoisuus äkillisen sairastumisen aiheuttamasta kriisistä läheiselle tulisi huomioiduksi.

Kehittämistyömme **vaikuttavuutta** tukee oletus siitä, että uuden toimintamallin ansiosta läheisten kohtaaminen ja tukeminen sekä mukaantulo hoitotyöhön ja päätöksentekoon lisääntyy. Oletamme seurauksena olevan läheisten luottamuksen lisääntymisen hoitohenkilökunnan toimintaan, millä voi olla välillistä vaikutusta koko työyhteisön hyvinvointiin paranemiseen. Läheisten hyvinvointi ja hoitoon mukaantulo luonnollisesti lisää myös sairastuneen hyvinvointia ja kuntoutumista ja hoitoajat saattavat näin lyhentyä.

Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksen professori Päivi Astedt-Kurki (2009) mainitsee sydämen asianaan olevan sen, että aikuispotilaan ymmärrettäisiin olevan perheensä jäsen silloin, kun hän asioi terveydenhuollossa tai on sairaana. Hänen mukaansa ihmistä on katsottava kokonaisuutena, eikä hän potilaaksi muuttuessaan jätä omaa

identiteettiään, kotiaan eikä läheisiään. Astedt-Kurki pitää myös tärkeänä perhehoitoteellisen ajattelun saamista mukaan sairaanhoitajien koulutukseen. Työmme **uutuusarvoa** ja **merkittävyttä** lisää perhehoitotyön ja läheisten huomioimisen tärkeyden esille tuominen omassa organisaatiossamme, mikä ei ole tietääksemme aiemmin toteutunut parhaalla mahdollisella tavalla. Osastomme potilaiden läheisten huomiointi on kunkin hoitajan omista vuorovaikutustaidoista ja aktiivisuudesta riippuvaista. Uskomme siihen, että toimintatapojen muutoksella saadaan parempia tuloksia aikaan.

7.3 Opinnäytetyöprosessin ja ammatillisen kehittymisen arviointi

Opinnäytetyön tekemisessä saatu osaaminen on tärkeä osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista, sillä ammatillinen kehittyminen auttaa selviämään tulevaisuuden haasteellisessa hoitotyössä. Jari Metsämuuronen toteaa (2010) tutkimuksessaan tulevaisuuden osaamistarpeista sosiaali- ja terveysalalla seuraavasti: "Yhteiskunnan lisäksi myös yksilöt muuttuvat. Ihmisten perustarpeet ehkä pysyvät samanlaisina ajasta aikaan, mutta se, kuinka näitä tarpeita tyydytetään, muuttuu erilaiseksi. Ihminen muuttuu koulutuksen myötä, ja näyttää ilmeiseltä, että tietotason kohotessa asiakkaat osaavat vaatia ammattilaiselta parempaa osaamista ja palvelua." Tähän tarpeeseen me opinnäytetyön tekijöinä yritämme vastata omalta osaltamme.

Taitomme löytää ja hyödyntää uusinta kotimaista ja ulkomaista tutkimustietoa on lisääntynyt. Ymmärrämme nyt, kuinka tärkeää on etsiä ja käyttää näyttöön perustuvaa tietoa, jotta toteuttamamme hoitotyön eri osa-alueet olisivat vaikuttavia. Englanninkielisiä tutkimuksia lukiessamme on myös ammatillisen kielen ymmärtämisemme karttunut.

Oman osaamisen kasvua tässä prosessissa voisi kuvata polkuna, jossa ajoittain selvät pitkospuut ohjaavat matkaa eteenpäin, toisinaan taas polku häipyä näkymättömiin ja joudumme etsimään tiemme takaisin oikean tiedon lähteille. Polulle on mahtunut paljon harha-askelia, jolloin olemme tehneet täysin turhaa työtä, joka on aiheuttanut hetkellistä turhautumista. Olemme kuitenkin onnellisia siitä, että matkalla olemme kyenneet jakamaan vastuuta tasaisesti ja jos toinen on matkalla uuupunut, on toinen kannustanut tai ottanut hetkeksi vastuun matkan jatkumisesta kontolleen, jotta toinen on saanut kerätä voimiaan. Polulla näkee ja kokee paljon erilaisia asioita, kun niitä uskaltaa ja maltaa kokeilla, ja niinpä oman prosessimme monimenetelmällisyys on taannut meille hyvin rikkaita kokemuksia. Prosessin alussa vertaisryhmän pitäminen läheisille sekä vastuu aiheiden kiinnostavuudesta jännitti kovasti. Nyt oppimisen myötä on tullut luottamus siihen, että ryhmästä itsestään nousee puhututtavia asioita esille eikä aina tarvita valmista ohjelmaa. Osastokokouksien pitäminen, kehittämispäivän järjestelyt ja läheisten

haastattelut ovat kasvattaneet osaamistamme monialaisesti, ja tulevaisuudessa meillä on rohkeutta käyttää oppimiamme menetelmiä työssämme. Matkamme on ollut pitkä ja huomaamme kasvaneemme monin tavoin sen aikana, niin ihmisinä kuin ammattilaisina. Työtämme on ohjannut vahvasti ihmisten välisen vuorovaikutuksen ja yhteistyön tarkastelu ja niiden merkitys hoitajalle, joten omaa henkilökohtaista työskentelytapaa olemme väistämättä joutuneet pohtimaan paljon. Prosessin mukana tulleen oppimisen myötä meidän on hyvä jatkaa polkuamme rohkeasti eteenpäin.

7.4 Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteet

Olemme tämän opinnäytetyön tekemisen ansiosta vakuuttuneet siitä, että läheiset ovat potilaan voimavara, joiden huomiointia ja yhteistyöhön kutsumista tulee edelleen kehittää. Olemme pyrkineet tekemään kehittämämme toimintamallin selkeäksi ja helposti käytäntöön otettavaksi. Kehittämisideana toimintamallin juurtumisen edistämiseksi voitaisiin osastolla järjestää koulutusta henkilökunnan vuorovaikutustaitojen parantamiseksi. Uuden toimintamallin mukainen keskustelujen lisääminen ja henkilökunnan rooli aloitteentekijänä voi vaatia rohkeutta ja kokeilunhalua, jota voitaisiin edistää vuorovaikutustaitoja harjoittamalla. Vuorovaikutustaitojen kehittämiseen tähtäävää koulutusta voisi järjestää osaston omana kehittämistyönä tai ulkopuolisen järjestäjän toimesta. Keskustelujen ja ryhmien vetämistä voisivat vastavalmistuneet tai vuorovaikutustaidoiltaan aremmat hoitajat myös harjoitella aluksi kokeneemman hoitajan ohjauksessa. Kehittämämme toimintamalli on jaettu osa-alueisiin hoitoprosessin etenemisen mukaan, joten sen käyttäminen tarkistuslistana voi auttaa keskustelujen etenemisessä ja läheisten erilaisten tarpeiden huomioimisessa sekä rohkaista hoitajia ottamaan araltakin tuntuvat asiat puheeksi.

Jatkotutkimusaiheeksi ehdottaisimme henkilökunnan kokemuksien selvittämistä toimintamallin käyttöönotosta. Onko toimintamallin käyttöönotolla vaikuttavuutta hoitajien vuorovaikutustaitojen kehittymiseen, kokemukseen yhteistyön paranemisesta läheisten kanssa tai kenties apua työssä jaksamiseen, vai asettaako uusi toimintatapa paineita ja kuinka niistä selvitään? Mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi luonnollisesti myös selvittää läheisten kokemuksia toimintamallin vaikutuksista. Kyselyin tai haastatteluin voisi selvittää ovatko toimintamallissa esitetyt toimenpiteet ja tavoitteet toteutuneet. Millaisena läheiset kokevat tulokeskustelun, yhteistyön laadun ja saamansa tuen ja saavatko he tarvitsemaansa tietoa oikea-aikaisesti ja riittävästi.

LÄHTEET

- Aura, M., Paavilainen E., Asikainen, P., Heikkilä, A., Lipponen, V. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Aikuispotilaiden läheisten kokemuksia hoitotyöntekijöiltä saadusta tuesta. *Tutkiva Hoitotyö* 8 (2), 14–21.
- Berg, A. 2009. *Depression and its assessment among stroke patients and their caregivers* [verkkajulkaisu]. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Psykologian laitos [viitattu 05.04.2012]. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-10-5967-4>
- Gillespie, D. & Campbell, F. 2011. Effect of stroke on family carers and family relationships. *Nursing standard* 26, 2, 39–46.
- Eriksson, E. 2000. Omaisten selviytymisen tukeminen. Teoksessa Eriksson, E & Kuupelomäki, M. (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Helsinki: WSOY
- Haapaniemi, H. & Routasalo, P. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämisessä sairaanhoitajan näkökulmasta. *Hoitotiede* 21 (1), 34–44.
- Halme, N., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Aikuisen perheenjäsenen kohtaaminen sairaalassa - kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö* 5 (1), 18–24.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. *Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heugten, C., Visser-Meily, A., Post, M. & Lindeman, E. 2006. Care for carers of stroke patients: Evidence-based clinical practice guidelines. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2006; 38: 153–158.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2000. *Tutki ja kirjoita*. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2010. *Sairaaloiden vierailuaikakäytäntöjen vaikutukset lapsi- ja aikuispotilaisiin sekä heidän vieraisiinsa* [verkkajulkaisu]. Hoitotyön suositus [viitattu 8.1.2013]. Hoitotyön Tutkimussäätiön asettama työryhmä. Helsinki. Saatavissa: http://www.hotus.fi/system/files/1_12_SH_JBI_0.pdf

Hopia, H., Rantanen, A., Mattila E., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki P. 2004. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. *Tutkiva hoitotyö* 2 (4), 24-29)

Jokinen, J. 2004. *Kriisityön kehittäminen huostaanotossa, kartoitusta ja kehittämistarpeita* [verkkajulkaisu]. Sosiaali ja terveysministeriö. Sosiaalialan kehittämishanke [viitattu 24.4.2012]. Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/File/74efa068-e5b4-48c7-9286-e7e3df7d5dd3/Kriisity%C3%B6%20huostaanotossa.pdf>

Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä - metasynteesi. *Hoitotiede* 21 (1), 3-12.

Kauhanen, M.-L. 2009. *Aivoverenkiertohäiriöt* [verkkajulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim. [viitattu 5.4.2012]. Saatavissa: www.terveysportti.fi+koti?p_artikkeli=fys00016 & p_haku=Kauhanen, M.-L. 2009. Aivoverenkiertohäiriöt

Kaste, M., Hernesniemi, M., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roinen, R.O. & Sivenius, J. 2007. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M. & Somer H. (toim.) *Neurologia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 271 - 331.

King, R-B & Semik, P. 2006. Stroke caregiving: difficult times, resource use, and needs during the first 2 years. *Journal of Gerontological Nursing*, 32(4): 37-44.

Korpelainen, J., Leino, E., Sivenius, J. & Kallanranta, T. 2008. *Elämänlaatu aivoverenkiertohäiriön jälkeen* [verkkojulkaisu]. Kustannus Oy Duodecim. Työterveys ja kuntoutus. Työterveyshuollon tietokannat [viitattu 5.4.2012]. Saatavissa:

www.terveysportti.fi+koti?p_artikkeli=kun00234 & p_haku=elämänlaatu aivoverenkiertohäiriön jälkeen

Koskimies, M., Pyhäjoki, J. & Arnkill, T.E. 2012. *Hyvien käytäntöjen dialogit. Opas dialogisen kehittämisen ja kulttuurisen muutoksen tueksi*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja.

Kotiranta, T. & Laakso, T. 2011. *Omaisyyhteistyön toimintamalli vanhuspalveluissa – toimintamallin kuvaus* [verkkojulkaisu]. [Viitattu 1.4.2013].

Saatavissa: <http://www.sosiaaliportti.fi/hyakaytando/omaisyhteisty>

Kotisaari, M.-L. & Kukkola, S. 2012. *Potilaan oikeudet hoitotyössä*. Helsinki: Fioca Oy.

Kuuppelomäki, M. 2000. Omaisten selviytymisen tukeminen. Teoksessa Eriksson, E & Kuuppelomäki, M. (toim.) *Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö*. Helsinki: WSOY

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

Käypä hoito 2011. *Aivoinfarkti* [verkkojulkaisu]. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä [viitattu 26.6.2012]. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/.../hoi50051>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Finlex. Lainsäädäntö [viitattu 12.1.2013]. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lehtonen T.2005. *Yhteistyö vanhainkodin henkilökunnan ja asukkaan omaisten välillä*. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00751.pdf>

Luoma-Kuikka, A. & Hupli, M. 2004. Kun perheenjäsen sairastuu aivoverenkiertohäiriöön. *Sairaanhoitaja-lehti* 3, 10–12.

Lönnqvist, J. 2005. *Traumaattisen psyykkisen kriisin kohtaaminen* [verkkojulkaisu]. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 21.4.2012]. Saatavissa:

http://www.ktl.fi/portal/suomi/pressihuone/ajankohtaista/traumaattisen_psyykkisen_kriisin_kohtaaminen

Mattila, E., Kaunonen, M., Aalto, P., Ollikainen, J. & Åstedt-Kurki, P. 2009. *Sairaalapotilaiden läheisten saama tuki ja siihen yhteydessä olevat tekijät*. *Hoitotiede* 21 (4) 298–300.

Mattila, E. 2011. *Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana*. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, terveystieteiden yksikkö. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8541-1.pdf>

Metsämuuronen J. 2000. *Maailma muuttuu - miten muuttuu sosiaali- ja terveysala? Sosiaali ja terveysalan muuttuva toimintaympäristö ja tulevaisuuden osaamistarpeet* [verkkojulkaisu]. Euroopan sosiaalirahaston julkaisu.

Saatavissa: <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/SOTEKELR.htm>

Murtomäki, S. 2011. *Afasiaa sairastavan perheen elämänlaatu läheisen näkökulmasta*. Pro-gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Mäkisalo, M. 2001. *Yhteisöllisyys parantaa hoitotyön laatua*. Ryhmästä tiimiksi-projekti Juuan kunnan terveyskeskuksen vuodeosastolla. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

Nuutinen, H.-L. & Raatikainen, R. 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Hoitotiede* 17 (3) 131–143.

Potinkara H. 2004. *Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä* [verkkojulkaisu.] Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja [viitattu 26.6.2012] Saatavissa:

<http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5989-X.pdf>

Purola, H. 2000. *Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä* [verkkojulkaisu]. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Väitöskirja [viitattu 26.6.2012].

Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9514255550/html/x732.html>

Pötsönen, R & Välimaa, R 1998. *Ryhmähaastattelu laadullisen terveystutkimuksen menetelmänä*. Yliopistopaino, Jyväskylä.

Rantanen, A., Heikkilä, A., Asikainen, P., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki P. 2010. Perheiden tuen saanti terveydenhuollossa-pilottitutkimus. *Hoitotiede* 22 (2), 141–152.

Seppänen-Järvelä, R & Vataja K. (toim.). 2009. *Työyhteisö uusille urille. Kehittäminen osaksi arjen työtä*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Syväoja, P. 2010. Hermoston sairaudet. Teoksessa Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja P. *Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 78–121.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2010. Ohjepankki. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas. Uuden elämäntilanteen hallinta [verkkojulkaisu]. [viitattu 11.2.2013]. Saatavissa: <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2818/5092>

Vataja, R. 2011. Aivoverenkiertosairaudet. Teoksessa Juva, K., Hublin, C., Kauska, H., Kurkela, J., Sainio, M., Tavi, P. & Vataja, R. (toim.) *Klininen Neuropsykiatria*. Helsinki: Duodecim, 152–157.

Virtanen, P., Helminen, M., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki P. 2010. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan tiedonsaanti ensiapupoliklinikalla. *Hoitotiede* 22 (4), 302–311.

Åstedt-Kurki, P. 2009. Hyvässä hoidossa huomioidaan koko perhe [verkkajulkaisu]. *Sairaanhoitaja-lehti* 10/2009 [viitattu 4.1.2013]. Saatavissa:

www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut

Åstedt-Kurki, P; Jussila, A-L; Koponen, L; Lehto, P; Maijala, H; Paavilainen, R; Potinkara, H. *Kohti perheen hyvää hoitamista*. 2006. Helsinki: WSOY.

Liite1. Kehittämisideoiden miettiminen osastotunnille ja kutsu osastokokoukseen

Ihanat työkaverimme Neurologisella kuntoutusosastolla!

Koulutuksessamme sekä omaistenryhmää ohjatessamme olemme havainneet, että meillä hoitohenkilökunnalla sekä potilailla ja heidän omaisillaan onkin aivan erilaiset pelisäännöt. Uskomme että voimme lisätä ymmärrystä välillämme kertomalla heille ”sairaalan pelisäännöt”, sekä sopimalla yhteisistä, hyvistä tavoista toimia. Tietotekniikan käyttöönoton myötä perinteinen tulohaastattelu on jäänyt osastoltamme pois käytöstä. Näin annamme ja saamme tietoa hajanaisesti, ja luonnollisesti meillä kullakin on omanlaisemme tyylimme antaa ja vastaanottaa tietoa. Potilaamme ja heidän omaisensa kuulijana ja lukijana tulkitsevat sanomaamme omien kokemustensa ja tietojensa perusteella. Savolainen tapa, jossa vastuu jää kuulijalle, ei liene sairaalassa hyväksyttävä käytäntö. Nykyisin käymissämme lääkärin vetämissä hoitopalavereissa hoitotyön asioita käsitellään vain vähän, tai ei ollenkaan.

Koska haluamme osaltamme kehittää työtämme ja erityisesti lisätä yhteistyötä ja ymmärrystä potilaidemme ja heidän omaistensa kanssa, heitämme kehään seuraavan idean.

Kokeilemme yhteisen keskustelutuokion järjestämistä potilaan ja omaisen kanssa muutaman päivän sisällä hoitojakson alkamisesta. Aikaa keskustelulle varataan noin tunnin verran.

Ideoita asioista joita keskustelussa voitaisiin käsitellä

- Tehdään hoitosuunnitelma yhdessä potilaan ja omaisen kanssa, siihenhän toukokuussa voimaantullut, uusi terveydenhoitolakikin meitä velvoittaa- sovitaan yhteiset ”pelisäännöt”
- Sovitaan kuka omaisista tiedottaa muille läheisille
- Tehdään MNA/MUST testi tarvittaessa
- Sovitaan välipalojen tuonnista

Kerrotaan osaston vierailuajasta, sekä perustellaan syy vierailuaikojen rajamiseen

- Otetaan kotiutus-suunnitelma puheeksi hoitosuhteen alusta lähtien

Ideoi lisää keskusteltavia ja käsiteltäviä asioita, kirjaa ne tähän.

Tehdään.....

Sovitaan.....

Kerrotaan.....

Ota tämä esite mukaasi 16.6 klo 12.45 -14.15 osastotunnille, jolloin aiheenamme on Yhteistyön lisääminen omaisten kanssa.

Liite 1. Kutsu osastokokouksen

Osastokokous

Aika:	Torstai 16.6.2011 klo. 12.45 -14.15
Paikka:	Kahvihuone
Läsnä:	Työvuorossa oleva henkilökunta, 12 -14 henkilöä
Aiheena:	Yhteistyön lisääminen omaisten kanssa

Jaana ja Seija kertovat kokemuksiaan omaistenryhmästä (10 min.)

Keskustellaan ryhmän vaikutuksista. Mieti, oletko huomannut vaikutuksia tai saanut omaisilta palautetta ta.(5 min.)

Jaana ja Seija kertovat omaistenryhmän myötä syntyneestä ajatuksesta laajennetun tulokeskustelun kokeilemisestä. (5 min.)

Ideoimme yhdessä ratkaisukeinoja yhteistyön lisäämiseksi. Mieti keinoja etukäteen.

Ratkaisuvaihtoehtojen ideointi (10 min.)

Vapaa ideointi onko Jaanan ja Seijan ehdotus toteuttamiskelpoinen?

Henkilökunnan erityistaitojen ja vahvuuksien käytettävyys

.

Ratkaisukeskustelu (10 min.)

Mitkä ideat toteutetaan onko laajennettu tulokeskustelu toteuttamiskelpoinen?

Resurssien riittävyys, sitoudutaanko?

Päätöksen muotoilu ja toteuttamissuunnitelman laatiminen (10min.)

Osastonhoitaja jatkaa osastotuntia omalla osuudellaan.

Tervetuloa osastokokoukseen!

Liite 2. Saatekirje omaisille

Arvoisa omainen

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Kuopion Savonia-ammattikorkeakoulusta. Työskentelemme Harjulan sairaalan Neurologisella kuntoutusosastolla. Osastomme tavoitteena on kehittää yhteistyötä aivoverenkiertohäiriöön sairastuneiden potilaiden omaisten kanssa. Opintoihimme kuuluvassa opinnäytetyössämme pyrimme kehittämään Harjulan sairaalan Neurologiselle osastolle toimintamallin aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan omaisen kohtaamiseen. Aineistona toimintamallin luomisessa käytämme tutkimustietoa, omia kokemuksiamme sekä omaisten haastattelua. Toivoisimme, että voisitte saapua kertomaan omia kokemuksianne yhteistyöstä osastomme henkilökunnan kanssa, sekä esittää parannusehdotuksia toimintatapoihimme.

Mielipiteenne ja kokemuksenne ovat hyvin tärkeitä osastomme toiminnan kehittämisessä. Haastattelu toteutetaan ryhmäkeskusteluna, ja osallistujiksi pyrimme saamaan 4-5 aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan omaista. Keskustelu nauhoitetaan. Nauhoitettu aineisto tulee vain meidän opinnäytetyön tekijöiden käyttöön, ja hävitämme sen opinnäytetyömme valmistuttua. Keskustelut ovat täysin luottamuksellisia, eikä keskustelijoiden henkilöllisyys paljastu tuotoksessamme.

Toivomme, että halutessanne osallistua keskusteluun ilmoittautuisitte meille joko sähköpostilla tai puhelimen välityksellä 7.10.2012 mennessä. Tapaamispaikkana on Harjulan sairaalan opetuskoti Lehtola-rakennuksen viidennessä kerroksessa, keskiviikkona 24.10.2012 kello 15.30. Pyydämme teitä varaamaan aikaa keskusteluun puolentoista tunnin verran. Aloitamme kahvin ja kahvileivän merkeissä, joten ilmoittakaa mahdolliset ruoka-ainerajoitukset ilmoittautuessanne.

Yhteistyöstänne kiittäen

Opiskelijat

Jaana Honkanen 0503094313 jaana.m.honkanen@edu.savonia.fi

Seija Maukonen 0503204758 seija.k.maukonen@edu.savonia.fi

Liite 3. Omaisten haastattelurunko

1. Omaisen rooli

- Millainen roolinne on ollut läheisenne hoidossa ja hoidon suunnittelussa?
- Oletteko saaneet osallistua läheistänne koskevaan päätöksentekoon?
- Millaista osallistumisen pitäisi olla?

2. Yhteistyö

- Millaisia kokemuksia ja toiveita teillä on hoitohenkilökunnan ohjauksesta ja muusta yhteistyöstä? Halutessanne voitte kuvailla todellisen tapahtuman.
- Onko henkilökunta ottanut teihin yhteyttä läheistänne koskevissa asioissa?
- Missä asioissa olisitte toivoneet yhteyttä otettavan?
- Millaisilla menetelmillä yhteistyö voisi mielestänne tai kokemuksienne mukaan parantua?

3. Tukeminen

- Saatteko riittävästi tietoa läheisenne sairauteen liittyvistä asioista?
- Oletteko saaneet tukea omaan jaksamiseen hoitohenkilökunnalta?
- Millaista tuki on ollut?
- Miten teitä voitaisiin paremmin tukea läheisen sairastuttua?

Liite 4. Osaston kehittämispäivän Learning Cafe- suunnitelma

HARJULAN OSASTO 4:N KEHITTÄMISPÄIVÄ 1.11 KLO 8-15

YHTEISTYÖN KEHITTÄMINEN OMAISTEN KANSSA

Learning Cafe

Learning cafe on nimensä mukaisesti oppimisen kahvila, jossa työskennellään pienissä pöytäryhmissä. Pöydissä jaetaan kokemuksia ja ideoita, luodaan uutta tietoa ja kyseenalaistetaan itsestäänselvyksiä rakentavassa hengessä. Learning cafen ideana on olla paikka ajatusten vaihdolle ja yhteisen ymmärryksen synnylle. Osallistujat jaetaan neljään ryhmään. Ryhmä valitsee joukostaan emännän, joka pysyy samassa "teemapöydässä" koko learning cafen ajan ja saa näin syvemmän kokonaiskuvan yhdestä teemasta. Muu ryhmä kiertää ryhmänä kaikki pöydät läpi. Kussakin pöydässä oloon on varattu 7-10 minuuttia. Learning cafe -pöydissä on pöytäliinoina fläppitaulupaperit, joissa otsakkeena on kulloisenkin pöydän teema. Papereille kirjataan ryhmässä syntyneet ajatukset.

Learning cafen tuotokset puretaan yhdessä. Fläpit ripustetaan seinälle vierekkäin. Tuotos-ten purussa käydään läpi mistä pöydissä keskusteltiin, mikä teema sykähdytti erityisesti, mistä oltiin eri mieltä jne. (Koskimies, Pyhäjoki & Arnkill, 2012, 31)

1. Omaisen rooli osastolla?

- Millaisessa roolissa omaiset ovat hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa?
- Millaista osallistumisen pitäisi olla?

2. Millaista yhteistyö on tällä hetkellä omaisten kanssa?

- Miten olette kokeneet yhteistyön omaisten kanssa?
- Mikä edistää ja mikä vähentää yhteistyötä?

3. Millaisena haluaisimme nähdä omaisten ja henkilökunnan välisen yhteistyön osastollamme?

- Millaisena haluaisimme nähdä henkilökunnan ja omaisten välisen suhteen?
- Mitä tapahtuu jos emme tee mitään?

4. Mitä keinoja yhteistyön kehittämiseen voisi olla?

- Miten pystymme kehittämään yhteistyötä?